Nr. 43. 21. października 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Witołd ZIEMBICKI. Lwów.

Ostatni pobyt Jana III w Żółkwi.

Obłożna choroba a sejm 1693 r. [1]).

Postać Jana III ciągle jeszcze nie jest należycie oświetlona. Stosunkowo najlepiej poznany jako wódz, mniej doceniany jako polityk, najmniej znany jest jako człowiek. O życiu jego prywatnem, o jego zwyczajach, upodobaniach, jego usposobieniu, o jego zdrowiu, wciąż jeszcze powtarza się bezkrytycznie najrozmaitsze komunały, często wręcz nieprawdziwe wersje. A przecież znajomość, i to dokładna, życia prywatnego niezbędna jest do scharakteryzowania postaci historycznej. Spojrzenie zbliska na życie domowe polityka, wodza, monarchy, zapoznanie się zwłaszcza z jego stanem zdrowia, z cierpieniami, dotykającemi go jak wszystkich ludzi, dostarczyć może wiele nowego, nieraz jedynego światła, do zrozumienia wypadków ogólniejszej natury, społecznych, politycznych, historycznych.

Przytoczę tu z życia Jana III epizod, którego należyta ocena byłaby niemożliwą bez pomocy opinji lekarskiej. Rzecz działa się pod koniec roku 1693. Król zaniemógł ciężko w Żółkwi i nie mógł spowodu tej choroby udać się na zwołany już sejm do Warszawy. Niechętni ukuli z tej okoliczności broń na swój sposób, pomówili króla o „chorobę polityczną", udaną z jakichś tam względów oportunistycznych i sejm, który im właśnie był nie na rękę, udaremnili. Wersja o celowem nieprzybyciu króla do Warszawy, raz rozpowszechniona, utrzymywała się pomimo dementowania. Cóż dziwnego? Król leżał w Żółkwi, a oszczercy działali w Warszawie. W obszerniejszej pracy, pod tyt.: „Zdrowie i niezdrowie Jana Sobieskiego" (1) wspomniałem i o owej chorobie jesiennej z roku 1693, do czego głównego, a zupełnie dotąd nieznanego materjału dostarczyły mi zapiski odkrytego przeze mnie kronikarza, niejakiego Kazimierza Sarneckiego. Obecnie powracam do tego epizodu i przedstawiam go osobno, z dodatkiem nowego materjału archiwalnego, znalezionego przeze mnie już po ogłoszeniu tamtej pracy. Materjałem tym jest nowy, nieznany fragment z diarjusza Sarneckiego, przedstawiający szczegółowo, w jaki sposób przyszło do zatrzymania króla w Żółkwi. Zacznę od momentu, w którym wybiera on się tam z Warszawy na dłuższy pobyt, — pobyt swój ostatni.

Król opuścił Warszawę dnia 8 września 1693 pod wieczór, a przeprawiwszy się przez Wisłę, ruszył z dwoma młodszymi synami w drogę na Czemierniki (2). Królowa odprowadziła go troskliwie do przewozu, a sama, przenocowawszy jeszcze w Warszawie, wybrała się w ślad za nim dopiero nazajutrz, wraz z córką, Teresą, ojcem swym, margrabią d'Arquien i posłem francuskim, opatem Polignac.

Oba orszaki połączyły się na najbliższym noclegu, król bowiem pierwszego dnia podróży, posuwając się wolno, oddawał się swej ulubionej rozrywce, polowaniu, które mu przygotowali, wysłani na parę dni naprzód, semeni.

W dalszej drodze zatrzymano się jakiś czas w Jaworowie, potem krótko w Starzyskach i w Wiszence, wreszcie 14 października zjechano do Żółkwi.

Dla poprawy zdrowia, znużony nieco odbytą podróżą, rozpoczął król przepisaną przez Jonasa, medyka swego, kurację, polegającą na używaniu wanny suchej, codzień po dwie godziny, na zażywaniu specjalnego dekoktu i popijaniu przy jedzeniu starego węgrzyna. Podczas tego leczenia nie wolno mu było wyjeżdżać na powietrze, zabawiał się więc w domu rozmowami, przyglądał tańcom młodzieży, wieczorami grywał w karty.

Ale wspomniane leczenie niebardzo mu jakoś służyło. Pewnego razu, po dwutygodniowem stosowaniu wanny, nagle osłabł w czasie tej procedury, co, być może, było dla Jonasa wskazówką do zakończenia kuracji. Od dnia 3 listopada więc wanny już nie bierze, zwłaszcza że znowu, po obiedzie, zrobiło mu się niedobrze.

Dnia 6 listopada odbyło się, zwołane przez króla z uwagi na zbliżający się termin sejmu, Senatus consilium. Po tem posiedzeniu jadł król obiad publice z królową — pisze kronikarz — poczem „zasnął w krześle i tak wszyscy gościnni odeszli, spał tedy ze dwie godziny, a potym był w bibljotece"...

Dnia następnego powtórzyła się narada senatorów, król coraz żywiej interesował się sprawami nadchodzącego sejmu. Czując się dobrze wybrał się znowu na polowanie. Pod datą 9 listopada notuje Sarnecki: „Król JMć, zjadszy śniadanie, po ranny mszy, na polowanie z charty pojachał, dwóch zajęcy uszczwawszy, samym zmrokiem powrócił". Toż samo powtórzyło się dnia następnego. Znowu więc czytamy: „Król JMć po mszy zaraz na Horaj (3) pojachał i tam obiad zjadszy, polował, aż samym zmrokiem powrócił".

11 listopada odprawiono w żółkiewskim kościele farnym wielkie nabożeństwo „in memoriam wiktoryjej chocimskiej w dzień św. Marcina" (4).

Ale już znów 12 listopada, — „mszy wysłuchawszy, Król JMć dzień bardzo mając wesoły, pogodny, jachał na polowanie. Zjadszy śniadanie polowe w Zarudziu, do samego wieczora bawił się". Od 13 listopada zaczęła się niepogoda. Z tego powodu, za perswazją pp. doktorów, jak pisze Sarnecki, — wstrzymano zamierzony przez króla objazd majętności. W szczególności wybierano się do Kukizowa, oglądnąć wystawiony tam właśnie, nowy pałac. Ostrożność tę ze względu na zdrowie króla zachowano w dalszym ciągu, dopóki trwała niepomyślna aura, zwłaszcza gdy w nocy z 18 na 19 listopada znowu „chorował i nie spał, ku samemu dniowi ex plenitudine stomachi wielkie vomitorias miał i te go salwowali, że przecie dwie godziny zupełnie na dzień spał, jednak cały dzień tego dnia nie wstawał z łóżka i na nimże jadł obiad. Nikogo z rana do pokoju nie wpuszczano, aż po obiedzie. W wieczór Król JMć trochę był weselszy i nie taką miał alteracyją, jako zrana. Z JMćp. Posłem francuskim dyskursem zabawiał się, Królewiczowie Imcie gąskę grali (5) przy Królu JMci z Królewną JMką i inszemi IMmi".

Kiedy się wreszcie 26 listopada wypogodziło, wyjechali królestwo najpierw na wycieczkę na Horaj, następnego zaś dnia, 27 listopada wyruszono w zamierzoną drogę, najpierw do Żółtaniec, gdzie zjedzono obiad, poczem król, polując na drodze, zbliżał się wolno do Kukizowa na nocleg. Przybywszy tu, „usiadł w pokoju i myślił, jak to miejsce inaczej nazwać: że tedy jest na kępie i woda circumcirca że miasto Kukizów oblewa i one znowa rozkazał ostrogiem potężnym ufortyfikować, takie mu dał nazwisko: Krasny Ostrów, od dzisiejszego dnia już się zwać będzie tak, a nie inaczej" (6).

Nazajutrz, 28 listopada, wyjechano na obiad do Jaryczowa, potem polował król wraz z królewiczami, na noc powrócił do Kukizowa.

29 listopada „Król JMć po ogrodzie kukizowskim chodził, tam stado mułów prezentowano, potym z budowniczym miejsca na postawienie bramy i inszych budynków potrzebnych dla wygody dworu rozmierzał, bo dopiero pałac sam jest dokończony. Tandem poszedł na miasto i to po drugiej stronie domy rozkazał budować, bo już jedna strona wybudowana. Cerkiew gdzieindziej przenieść także rozkazał dla lepszej proporcyjej miasta tego. Do samej dwunastej bawił się tą dyspozycją budowania. Na obiad Królestwo Imcie do Kulikowa circa 3 popołudniu stanęli, gdzie przejeżdżającego ze Lwowa JMP. Wojewodę krakowskiego (7) zastali, któremu bardzo Król JMć był rad i siedział u stołu pańskiego z P. Posłem. Wesół był Król JMć, koniecznie chciał upoić JMP. Posła, ale Królowa JMć przeszkadzała... Miasto, mieszczanie i żydzi, wychodzi z podarunkami przeciwko Królestwu, to jest: jabłkami, gruszkami, wiśniami, w gorzałce moczonemi, gęsiami, kurami i jajcami".

Z Kulikowa wyruszono już spowrotem do Żółkwi, gdzie kareta królewska stanęła około godz. 2 po północy. Tutaj nazajutrz, dnia 30 listopada, był król jeszcze rano na nabożeństwie u PP. Dominikanek, ale że zaczął kaszlać, popołudniu nigdzie już z pokoju się nie ruszał. Następnego dnia zmęczył się omawianiem rozmaitych spraw gospodarskich, przyczem kaszlał coraz

---

[1]) Rzecz wygłoszona w Lwowskiem Tow. Lekarskiem dn. 6 października 1933, a z dodatkiem lekarskiego poglądu na całe życie Sobieskiego przedstawiona na posiedzeniu Polskiego Tow. Historycznego we Lwowie dn. 23 marca 1934.

bardziej a 1 grudnia tak osłabł, że ubrany przeleżał cały dzień na łóżku.

Pod datą 2 grudnia czytamy: „Król JMć catarrhosam affectionem mając, nie wstawał z łóżka, ale się na niem cały dzień wczasował".

3 grudnia: „W nocy Król JMć ciężki miał katar, do którego się przymieszało bolenie prawej nogi, przy alteracyjej, że spać nie mógł. Nadedniem wszakże, i to bardzo mało, zasnął. Cały dzień na łóżku leżał w słabości, mało co jadł, po obiedzie o czwartej godzinie gorączkę miał aż do szósty, nakształt calidae febris ex occasione przejażdżki kukizowskiej, gdzie chodząc po ogrodzie i inszych miejscach, zaziąbił się, lubo słońce natenczas grzało, jednak operacyjej tej nie miało, co lecie".

4 grudnia: „Król JMć tej nocy także mało co spał prae ingenti dolore pedis, do której się przymieszał wczorajszy gorączki paroksyzm, że w słabości cały dzień zdrowia swego strawił. Na obiedzie bardzo mało jadł. Po obiedzie JMX. Vota (8) przyjachał, 8 klacz neapolitańskich z sobą przyprowadził i różnych przywiózł z sobą kopersztychów, architektur i obrazów miast, osób malowanych, najwięcej nagich, reprezentujących pudendas res, potym zabawiał Króla JMci różnemi o rzymskim państwie dyskursami, relacyjami. JMP. Poseł i insi IMcie warcaby, szachy grali. Królowa JMć w tymże pokoju, gdzie Król JMć sypia, spała przy Królu JMci".

5 grudnia: „Lepiej z łaski Bożej tej nocy spał Król, po staremu dużo znać było alteracyjej, lubo już nie taką czuł boleść nogi, jako przez te dni, gorączki nie miał, tylko ogroszka (9) była o tejże godzinie między czwartą a szóstą popołudniu".

6 grudnia: „Tej nocy lepiej JKM spał i cały dzień miał się. Trochę popołudniu na ból nogi narzekał, jadł nie ze wszystkim dobrym smakiem obiad".

7 grudnia: „Nadedniem samym Król JMć miał frebrę więcej niż godzinę, w nocy mało spał i cały dzień wielką miał alteracyją przy słabości, bardzo mało jadł, skarżył się na drugiej nogi bolenie".

8 grudnia: „Nad insze nocy dzisiejszą najlepszą do spania miał Król JMć, żadnej nie czuł alteracyjej, tylko w obiad noga go zabolała, że Królowa do swego pokoju kończyć obiad swój poszła, bo zaraz cerulicy one opatrowali. Na dwie tedy skarżył się że mu dokuczają, przytym kaszel miał, snać z zaziębienia... W wieczór Królowa JMć pewną książką francuską zabawiała czytaniem swoim Króla JMci circiter przez godzin dwie, potym X. Vota i P. Poseł, aż zasnął, że wszyscy odeszli z pokoju".

9 grudnia: „Dzisiejszą noc bardzo dobrą Król JMć miał i trochę był weselszy od inszych dni, nie skarżył się na alteracyją wnętrznego zdrowia, tylko na nogi. Królowa JMć trochę zalterowana pomieszanym zdrowiem Króla JMci, ale za łaską Bożą, że restituta Principis salus nie uchybi terminu sejmu naznaczonego (10). W wieczór wesoły i rzeźwości pełny był Król JMć, z budowniczym menzuracyje czynił na papierze budynków kukizowskich".

W tem miejscu do diarjusza dołączony jest list Sarneckiego, w którym pod tą samą datą donosi on, co następuje (11):

„Po tej niedzieli o poniedziałku, albo wtorku, pewnie Król JMć stąd się ruszy et citatis equis nie uchybi terminu złożonego sejmu, tymczasem zwątlonemu zdrowiu kilkudniowym odpocznieniem inducias pozwoli. Frącymer o piątku rusza przodem, mrozy tak dobrze drogę ustanowiły z śniegiem, że lepsza nie może być, jak jest, droga" (12).

10 grudnia: Nad insze dni dzisiejszy dzień był bardzo mroźniejszy i sanna droga się uczyniła bardzo foremna i dobra. Summo tedy mane (13) JMP. Markiez Derkien (sic) (14) z JMP. Conte de Malini (sic) (15) wyjachał do Warszawy, tegoż dnia i Damy górne (16), wozy z ciężarami Królowej JMci na noc do Magierowa. Król JMć wesół był, lekszą miał słabość od przeszłych, z księdzem Votą zabawiał się i mapami, które z sobą przyniósł i one przy sobie Król JMć klijić kazał. Królowa JMć ustawicznie, po roratach, zwyczajnie odprawujących, siedziała przy Królu JMci i tam zwyczajnie nocowała.

11 grudnia: I dziś z łaski Bożej Król JMć cały dzień nie miał alteracyjej, ani kaszlu, ani frebry. JMPan Krakowski (17), odjeżdżając, perswadował Królowi Jmci, aby się w tej słabości zdrowia swego tak prędko nie ruszał, etiam cum discrimine terminu na sejm i skrupuły wszystkie racyjami swemi salwował, że ante omnia prima cura salutis et quidem est practicabile za króla Zygmunta, który także ob aegritudinem summam et quidem periculosam z Knyszyna (18) na sejmu termin nie zjachał, ale on ad convalescentiam limitował. Nie zdało się his et aliis rationibus adaequatis JKMci in instanti na to pozwolić. Wziął na deliberacyją i rozkazano zaraz na popas wozom i kuchniom wyniść do Dobruszyna (19). Interim o jedenastej w noc bardzo się Król JMć źle miał, słabość wielka, głowy bolenie, żołądek, w kościach łupanie, opanowały go, że w tych kilku niedzielach nie miał równej alteracyjej. Cały nocy tedy nie spal, Królowa JMć z Królewicami IchMmi siedząc przy JKMci, całą noc przesiedziała, a JMP. Poseł francuski z JMP. Rezydentem weneckim (20) szachy grał.

12 grudnia: Rano wstawszy Królowa JMć posłała po JMP. Wojewodę ruskiego (21), X. Ludwika kapucyna (22) i Jonasa doktora, z tymi inito consilio, wyprawiła Jonasa do Króla JMci z tą oracyją: Miłościwy Panie, na sumienie Cię zaklinam, abyś pamiętał na Królową i dzieci swoje, żebyś się z tego miejsca nie ruszał, bo wiedz o tym, że zdrowie Twoje do teraźniejszej drogi, ile po tych paroksyzmach w tej słabości, nie jest sposobne i ja odstępuję, inquantum perswazyjej tej zadosyć nie uczynisz IchMciów PP. Senatorów, osobliwie JMPana Krakowskiego. Na te słowa Pan zdumiały, przywoławszy do siebie Królową JMć i JMP. Wojewodę ruskiego, stetit na tym: nie ruszać się z miejsca tego i tak, poradziwszy się dobrze rozumnych ludzi, do czego convocavit JMX. Suszyckiego (23), zaraz ekspedyjował listy do Xcia JMć Kardynała, (24) dając tylko znać, że ob debilitatem zdrowia swego nie zjedzie na termin sejmu. Posłano przytym i listy drugie, do senatorów, bez tytułów na wierzchu pisanych, a tymczasem uniwersał ad ordines Regni koncypowali... Tegoż dnia kazano się Pannom górnym i wszystkim wozom, Semenom, nazad wracać. Wielki był na to rozruch, bo niejeden dyszlem obrócił do Warszawy i ja już był wyjachał, musiałem się poczciwie nazad wrócić za miłościwym Panem. Królowa JMć zabawiała Króla JMci i Królewiczowie IchMcie do północy.

13 grudnia: Lepiej się Król JMć miał, spał w nocy, tylko był consternatus myślami... W wieczór był wesoły, z X. Votą zabawiał się, kwadransami Królowa JMć nadchodziła.

14 grudnia: Po długiej deliberacyjej przy rzeźwiejszych siłach, Król JMć zdrowszym od inszych dni będąc, napisany uniwersał i dobrze sformowany na ręce Xcia JMci Prymasa (25) on ekspedyjować dziś kazał ad ordines Reipublicae obwieszczający o tej słabości, dla której niepodobna zjechać, obiecując w nim, za przywróceniem sil pierwszych i zdrowia restauracyją się stawić... Po obiedzie z okna Królowej JMci pokoju klacze oglądal neapolitańskie, za które dziesięć tysięcy talerów, z miejsca tu przyprowadzonych, X. Vota dał z wielkim podziwieniem wszystkich i samego Króla JMci. Po staremu nie aprehendował, że tak drogie. W wieczór był wesół, żadnej alteracyjej nie miał Król JMć. JMPan Kasztelan bełzki, (26) konkurujący o pannę Korniaktównę, (27) otrzymał deklaracyją od majestatów.

15 grudnia: Tej nocy spał dobrze Król JMć, alteracyjej żadnej nie czuł, rzeźwiejszy był od inszych dni, wstał z łóżka i chodził do gabinetu Królowej JMci, na ból nóg się nie skarżył, tylko jednę słabość, przed wieczorem układł się i leżał sobie spokojnie na łóżku. JMP. Poseł z JMP. Rezydentem weneckim szachy grał, grającym się przypatrywał. Z X. Votą rozmawiał i z niego żartował.

16 grudnia: Takiegoż humoru, nie mając żadnej alteracyjej, Król JMć był jak i wczora. Królowa JMć różnemi interesami kluczyła Króla JMci, trochę był pomieszany... W wieczór był wesół. Co dzień jutrzejszy i dalsze z zdrowiem Pańskiem pokażą compendiose deferram WXMci Dobrodziejowi.

W liście z tejże daty prosi S a r n e c k i Radziwiłła, by pewnemi kłopotliwemi sprawami „Króla nie turbować, ile w tej słabości zdrowia jego", do siostry zaś króla, Katarzyny z Sobieskich Radziwiłłowej, idzie do Białej wiadomość, „dla jakiej racyjej Król JMć ubliży terminu sejmowego i żeby się Księżna Dobrodziejka nie turbowała, bo z łaski Bożej nie jest (Król) in periculo, tylko jedna słabość, a byłoby periculum summum, gdyby się stąd ruszył".

Równocześnie zapisuje Sarnecki, że „od Króla JMci frebry i insze affectiones catarrhosae recesserunt, commoditare tantum opus est, a będzie zdrów do Nowego lata, po którym reponitur wyjazd Królestwa do Warszawy, si visum fuerit Reipublicae tej zimy mieć sejm, jakoż tu tuszą, et non aliter"....

Pozostawszy pod wpływem konieczności w domu, nie tracił istotnie Sobieski nadziei, że przecież, choćby w terminie spóźnionym, będzie mógł wziąć udział w Sejmie i nie przypuszczał, w jak tendencyjny i złośliwy sposób nieprzybycie na pierwotny termin będzie wyzyskane.

Toteż gdy nadeszła pierwsza wiadomość o zamiarze opozycji niedopuszczenia do obrad, zapisuje Sarnecki, iż „bardzo ta Króla JMci pomieszała relacja, że przed czasem requiem spiewają temu sejmowi, na który cum discrimine zdrowia swego jachać pragnie"... Sobieski nie wierzył więc, ażeby sejm został naprawdę udaremniony, pomimo usprawiedliwień, jakie posłom rozesłał. A przecież tak się stało. Jak już wiemy, sejm nie przyszedł do skutku spowodu gwałtownego sprzeciwu stronnictwa Sapieżyńskiego. Nie pozwolono nawet odczytać uniwersału, w którym się król przed stanami tłumaczył.

O fakcie tym smutne wypowiada refleksje biskup Załuski (28): „...Quae facies rerum fuerit facilius lacrymis, quam calamo expressero. Quamdiu Polonia stetit non existimo majorem unquam rerum confusionem fuisse. De valitudine Principis bonorum servorum, quorum paucos videre erat, pene nulla solicitudo; diversa intenta obliquos agitabant; confidentia debita nec deprehendi quidem potuit; quisque suorum solicitus, publici vero boni incurius agebat; aliquot duntaxat, quos fama publica facile prodet, interesse Majestatis et in eo commodum totius Patriae sustinebant".

Opozycja, nie chcąc nic słyszeć o usprawiedliwianiu się króla chorobą, posunęła się jeszcze dalej: zarzuciła mu umyślne nieprzybycie na sejm, który rzekomo miał mu być niewygodny. Szlachetny ten człowiek był zmuszony tłumaczyć się powtórnie i odpierać oszczerstwo, niepierwsze zresztą, rzucone nań przez kraj własny. Ale wszystko to było głosem wołającego na puszczy.

Zagranicę natomiast szły o istotnym stanie rzeczy raporty prawdziwe. Poseł brandenburski przesyłał je elektorowi. I kiedy po wiekach, historyk polski, Stanisław Lukas, badał w Berlinie akta dyplomatyczne, do ówczesnych stosunków polsko-niemieckich się odnoszące, wpadła mu w rękę szczegółowa relacja o chorobie Jana III, jako o jedynej przyczynie powstrzymania króla od wyjazdu na sejm. Na odpisie danego ustępu uczynił Lukas ołówkiem następującą uwagę: „A więc Sobieski był naprawdę chory" (29)...

My dziś, opierając się na tak drobiazgowych zapiskach Sarneckiego, zapiskach prostych, ale dla oceny lekarskiej zupełnie wystarczających, możemy nawet wydać opinję o rodzaju tej choroby i o jej znaczeniu dla chorego króla w owym okresie jego życia. Szczegóły, które przytoczyłem powyżej za Sarneckim, upoważniają w zupełności do rozpoznania nieżytowego, ogniskowego zapalenia płuc. Rozpoznanie to popierają i inne jeszcze informacje, omówione przeze mnie w pracy „Zdrowie i niezdrowie Jana Sobieskiego". A gdy zważymy, że Sobieski miał wówczas lat 64 i że miał ustrój, w wysokim stopniu nadwątlony dawnem cierpieniem nerek i dróg moczowych *(nephritis, nephrolithiasis)*, zrozumiemy, jak tego rodzaju zapalenie płuc, samo przez się niebezpieczne, stać się mogło groźnem przez zaniedbanie. Rady więc Jabłonowskiego i najbliższego otoczenia króla, podyktowane troską, a rady Jonasa, podyktowane doświadczeniem, były w całem słowa znaczeniu uzasadnione i dla chorego zbawienne.

Takie świadectwo możemy więc o obłożnej chorobie Jana III z jesieni 1693 wydać dziś, po 240 latach, oczyszczając go z zarzutu choroby „politycznej" i dodając tem samem jeden jeszcze, choć drobny, ale znamienny szczegół do charakterystyki jego postaci. I tym bowiem razem Sobieski, jak zawsze, nie pomyślawszy nawet o swej osobie i swem zdrowiu, kładł przed osobistym, na pierwszem miejscu interes publiczny, wbrew szkodliwej, rozpowszechnianej przez późniejsze wieki legendzie o rzekomej gnuśności, zwłaszcza pod koniec życia jakoby go cechującej i zaniedbywaniu spraw publicznych dla własnego jedynie dobra.

W uzupełnieniu wiadomości o ostatnim pobycie Sobieskiego w Żółkwi, podam jeszcze, w skróceniu parę szczegółów.

Kiedy się okazało, że sejm jest definitywnie udaremniony, wyjazd dworu do Warszawy stał się oczywiście bezprzedmiotowym. Wiemy zresztą z relacyj rezydenta austrjackiego w Polsce wtedy bawiącego, mianowicie Jerzego Schiemonskiego (30), że choroba króla przewlekała się, choć z mniejszem nasileniem, przez całą zimę. Zwłaszcza kaszel bardzo mu dokuczał jeszcze w styczniu i w lutym. Na wiosnę zaś, jak notuje w swym dzienniku Jabłonowski (31), powróciły dawne napady bólów pęcherzowych, spowodowane kamicą nerkowo-pęcherzową, pojawiły się przytem wymioty, dreszcze, gorączka. Równocześnie, w miesiącach wiosennych, prowadzono w Żółkwi pertraktacje w sprawie zamierzonego zamęścia królewny Teresy Kunegundy i opracowywano plany uroczystości weselnych mających się odbyć latem w Warszawie (32).

Dopiero 6 czerwca wybrał się król w drogę. Widzimy go tego dnia w Jaryczowie, wieczorem zaś we Lwowie. Tu, zamieszkawszy we dworze Atanazego Miączyńskiego (33), bawił on prawie przez cały czerwiec, doglądał przytem, jak to zaznaczyłem na innem miejscu, robót budowlanych około fundowanego przez siebie klasztoru i szpitala OO. Bonifratrów (34).

Dnia 28 czerwca powrócił raz jeszcze do Żółkwi, a w pierwszej połowie lipca wyjechał do Wysocka, gdzie go już oczekiwała królowa dla dalszych przygotowań do wesela córki. Stamtąd udali się królestwo 16 lipca do Jaworowa, a w końcu lipca ruszono wreszcie do Warszawy. Nawiasowo wspomnę, że zaślubiny królewny spowodu rozmaitych przeszkód odbyły się dopiero w listopadzie. W czasie przygotowań spotkała Jana III bolesna strata. Zachorowała i zmarła siostra jego, Katarzyna Radziwiłłowa.

Cały następny rok (1695) spędził król w Warszawie, a w następnym, 1696 roku stan jego tak się pogorszył, że pragnienie wyjazdu do Żółkwi spełzło na niczem. A pragnął tego wyjazdu gorąco, pragnął powrotu do gniazda rodzinnego, jakby w przeczuciu zbliżającego się zgonu. Zmarł, jak wiadomo, 17 czerwca 1696 w Wilanowie.

Do Żółkwi nie powrócił nawet po śmierci. Zwłoki jego złożono na Wawelu, serce spoczywa w kościele OO. Kapucynów w Warszawie.

P r z y p i s y:

1) Archiwum historji i filoz. medycyny, Poznań. t. X — XII, 1930 — 1932, także w osobnej odbitce, Poznań, 1931.

2) W powiecie lubartowskim.

3) Zwraca uwagę, że w rękopisie Sarneckiego znane to wzgórze zawsze nazywane jest H o r a j, a nie H a r a'j. Przemawia to przeciw popularnemu a dowolnemu prawdopodobienie mniemaniu, jakoby imię owo wywodziło się etymologicznie od wypowiedzianych rzekomo słów Jana III: „Ha, raj!". W żółkiewskiem i rawskiem spotkałem zresztą tę nazwę i gdzieindziej, np. jako nazwę przysiółka w okolicy Siedlisk.

4) Data bitwy pod Chocimem 11 listopada 1673.

5) Gąska, gra towarzyska z zataczaniem koła i piosnką, podobnie jak gra w ptaszka. Por. G o ł ę b i o w s k i, III. Gry i zabawy, str. 73.

6) W słowniku geograficznym, t. IV, str. 641, znajdujemy następujące objaśnienie: „Krasny Ostrów, pierwotne nazwisko miasteczka Kukizowa. Konstanty Sobieski nadaje 1699 r. miejskie prawo magdeburskie swemu miasteczku „Krasny Ostrów". Z rękopisu Sarneckiego okazuje się, że przeciwnie, pierwotna nazwa była Kukizów, którą to nazwę Jan III zmienił na „Krasny Ostrów", ta jednak widocznie nie utrzymała się i w tradycji pozostał „Kukizów", a tylko chwilowo w dokumentach, jak w owym dokumencie królewicza Konstantego, figuruje nazwa „Krasny Ostrów" w myśl życzenia królewskiego.

7) Feliks Potocki.

8) Ojciec Maurycy Vota, jezuita, ulubiony i nieodstępny pod koniec życia towarzysz Sobieskiego.

9) Wyrażenie to oznacza dreszcze. Poprawnie: ogrożka, częstotliwe od ogrozić (dreszcz, przejmujący grozą). Por. B r ü c k n e r, Słownik etymologiczny.

10) Sejm naznaczony był na 22 grudnia.

11) List przeznaczony był dla siostrzeńca królewskiego, Karola Stanisława Radziwiłła, podobnie jak cały diarjusz, co wykazałem w powołanej wyżej pracy: „Zdrowie i niezdrowie".

12) W tem miejscu, ogłoszony przeze mnie w pracy „Zdrowie i niezdrowie", rękopis Sarneckiego, z którego powyżej przytoczyłem wyciągi, wykazywał przerwę od 10 do 15 grudnia włącznie. Dopiero po ogłoszeniu owej pracy brakująca część autografu znalazła się (w zbiorach tego samego posiadacza, t. j. dra Aleksandra Czołowskiego). Opublikowałem ją w Kwartalniku Historycznym, 1933, t. I., z. 4, pod tyt.: „Wstrzymanie wyjazdu Jana III na sejm w grudniu 1693". Część ta zawiera charakterystyczne momenty, objaśniające, w jaki sposób udało się wreszcie króla, wbrew jego pierwotnej intencji, w domu zatrzymać. Odnośne ustępy przytaczam poniżej in extenso.

13) Summo mane, wczesnym rankiem.

14) Marquis d'Arquien, ojciec królowej.

15) Annas Louis comte de Maligny, brat królowej.

16) Damy górne, czyli fraucymer królowej.

17) Pan krakowski, czyli kasztelan krakowski. Był nim wtedy Stanisław Jabłonowski.

18) Knyszyn, ulubione miejsce pobytu Zygmunta Augusta.

19) Dobrosin w pow. żółkiewskim, miejsce skrzyżowania dwóch traktów. Zwracam uwagę, że dwór, jak z powyższego wynika, z traktu, prowadzącego z Żółkwi na Bełzec do Tomaszowa, skręcał w Dobrosinie na pdn.-zachód, na trakt, dążący przez Magierów do Jaworowa, aby się dostać na gościniec, łączący Lwów z Warszawą przez Jarosław, Leżajsk, Rozwadów. Droga na Rawę Ruską, Bełzec, Tomaszów, była wprawdzie krótsza, ale królestwu bardziej dogadzało jechać przez własne majętności: Jaworów i Jarosław.

20) Albertini.

21) Marek Matczyński.

22) Ten sam, o którym wspomina Jan III w liście z wyprawy wiedeńskiej, datowanym z Preszburga 19 września 1683, w słowach następujących: „Le père Louis et son frère będą się mieli, da Pan Bóg, czego cieszyć, bo mi się dostała cała apteka wezyrska, olejki, kompozycje różne, gummata, balsamy, mumje i innych rzeczy wiele, cudownie drogich i rzadkich"... Por. Listy Jana

Sobieskiego w wydaniu Helcla, Kraków, 1860, cz. III, list 152. Tegoż O. Ludwika ma na myśli anonimowy autor listu z dnia 30 czerwca 1696, utrzymujący, że król umarł wskutek lekarstwa z merkurjuszem, „na które aż do śmierci narzekał, że mu go zadano było przed niedziel kilka niewiadomie, za radą księdza Ludowika, spowiednika królowej, oraz i aptekarza francuza, a za pozwoleniem niewiernego żyda Jonasa, doktora królewskiego". Por.: List współczesny o śmierci Jana III, Tyg. Wielkopolski, 1872, str. 64. Por. też rękopis sygn. 441 w Bibljotece Czartoryskich.

23) Remigjusz Suszycki, kanonik krakowski, przebywający stale na dworze królewskim jako „praeceptor" królewiczów.

24) Michał Stefan Radziejowski.

25) Tenże.

26) Prawdopodobnie Józef Wład. Gonzaga Myszkowski.

27) Może Katarzyna, córka poległego pod Zborowem Karola Franciszka Korniakta, rotmistrza ziemi przemyskiej.

28) Załuski Andrzej, Epistolae... t. I, 1302.

29) Teki Lukasa XXXI, str. 114 (Ossolineum).

30) Por. Mosbach, Wiadomości do dziejów polskich etc., Ostrów, 1860, str. 380—393.

31) Dziennik Jana Stanisława Jabłonowskiego, ed. Chometowski, Warszawa, 1865.

32) Narzeczonym i przyszłym małżonkiem królewny był elektor bawarski, Maksymiljan Emanuel.

33) Podskarbi nadworny koronny. Dwór jego stał u zbiegu dzisiejszych ulic Łyczakowskiej i Św. Antoniego.

34) Por. Ziembicki W., Założenie klasztoru i szpitala OO. Bonifratrów we Lwowie, Bibljoteka lwowska, t. XXXI./XXXII („Studja lwowskie") 1932 i osob. odb.

DONIESIENIA TYMCZASOWE.

Doc. Dr. J. MIODOŃSKI, asyst. Kliniki. Kraków.

O osłuchiwaniu wyrostka sutkowego.

Z Kliniki Oto-ryno-laryngologicznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Baurowicz.

Przystępując do osłuchiwania wyrostka sutkowego (w. s.) wychodziłem z podobnych założeń fizykalnych, z jakich wychodzimy przy osłuchiwaniu płuc. Układ jamek wyrostka sutkowego można porównać do układu pęcherzyków płucnych. Przy osłuchiwaniu płuc osłuchujemy szmery oddechowe, które powstają w drogach oddechowych i są następnie zmieniane przez tkankę płucną oraz ściany klatki piersiowej. Różne sprawy w drogach oddechowych, w tkance płucnej oraz w ścianach klatki piersiowej wpływają rozmaicie na zjawiska przysłuchowe, zmieniając je w odpowiedni sposób.

Jeśli przez układ jamek w. s., który przyrównaliśmy do miąższu płuca, przechodziłaby jakaś fala słyszalna, to zależnie od budowy wyrostka oraz treści jamek (powietrze, ciecz, tkanka) fala taka ulecby musiała różnym odchyleniom dzięki różnym warunkom przewodzenia i rezonancji.

Ponieważ ustrój nie wytwarza samoistnie żadnych tego rodzaju fal, które możnaby zużytkować przy osłuchiwaniu wyrostka, przeto falę taką wytworzyć musimy sztucznie. Zrobimy to najprościej przykładając do w. s. słupek drgających widełek stroikowych. Używając słuchawki usznej t. zw. otoskopu (dren zakończony dwoma oliwkami, jeden koniec do ucha badającego, drugi do badanego) możemy osłuchiwać ton stroika przyłożonego do w. s. Po pewnej chwili, gdy ton stroika wysłuchiwany w ten sposób zgaśnie, przystawiamy drgający jeszcze stroik bezpośrednio przed nasze ucho i teraz „drogą powietrza" słyszymy jeszcze stroik przez pewną chwilę. Używając przy tem badaniu sekundnika, możemy się łatwo przekonać, że czas wysłuchiwania tonu stroika poprzez różne wyrostki sutkowe prawidłowe nie jest u różnych osobników jednakowy, że więc budowa wyrostka (rodzaj i rozległość powietrzności, położenie zatoki, wiek) ma tu swoje znaczenie [1]).

Wybitny wpływ na warunki wysłuchiwania stroika poprzez w. s. wywiera obecność treści chorobowej w jamkach w. s. Treść ta (ropa, ziarnina) poprawia znakomicie warunki wysłuchiwania tonu po stronie chorej.

Pod względem fizykalno-anatomicznym możnaby porównać zap. wyrostka sutkowego z zapaleniem płuc.

[1]) Znaczenia budowy czaszki jako całości, co również ma swój wpływ, w rozważaniu tem nie uwzględniam.

Że schorzenia jam obocznych nosa, jakoteż ostre i przewłoczne schorzenia ucha wpływają na lateralizację Webera — i że to można przedmiotowo wysłuchać, wiedziano już dawno.

Jako rzecz — o ile wiem — nową chcę natomiast podkreślić, że osłuchiwanie wyrostka sutkowego przeprowadzone w odpowiedni sposób może przy ostrych schorzeniach ucha dopomóc nam wydatnie przy różnicowaniu zapalenia ucha środkowego od zap. wyrostka sutkowego. Na zależność umiejscowienia Webera od schorzeń jam obocznych nosa zwrócili uwagę Glas, Mignon-Maljutin, Schwertfeger i inni. Na wysłuchiwanie warunków przewodnictwa kostnego zwrócili uwagę Bárány, Schön i Goldberger, Pantof, Demetriades i inni. Ze spostrzeżeń tych wynika, że w pewnych warunkach fizykalnych lateralizacja tonu zarówno podmiotowa jak i przedmiotowa znajduje się po stronie chorej, a w pewnych warunkach przy schorzeniach zatok obocznych nosa, po stronie zdrowej. Przy rozważaniach lateralizacji tonu w związku z zajęciem zatok obocznych nosa zwraca się głównie uwagę nietyle na znaczenie rozpoznawcze tego objawu dla schorzeń jam obocznych nosa, ile na możliwość popełnienia błędu otjatrycznego w ocenie próby Webera. Schön i Goldberger uwzględniają rozpoznawczą stronę tych zjawisk o tyle, iż podają — w odniesieniu do ucha — że w sprawach zapalnych ostrych i przewłocznych ucha środkowego warunki przedmiotowego wysłuchiwania stroika są po stronie zajętej lepsze niż po stronie zdrowej, co zależy od lepszych warunków przewodzenia i rezonancji po stronie schorzałej. Dalszy więc wniosek, że zjawiska te przeczą teorji Wien-Macha. Przy osłuchiwaniu wyrostków radzą przykładać stroik na granicy skóry owłosionej wyrostka.

Co do moich spostrzeżeń tyczących się osłuchiwania w. s. chcę narazie podkreślić co następuje:

Do osłuchiwania w. s. można użyć kawałka drenu gumowego zaopatrzonego dwoma oliwkami. Ze stroików nadają się do tego celu c^1, a^1, c^2, — najstosowniejszy zwykle a^1. W czasie badania chory odwrócony jest do nas plecami, głowa chorego nachylona ku przodowi. Podobnie jak przy opukiwaniu i osłuchiwaniu płuc porównujemy najpierw obie połowy klatki piersiowej, tak i przy osłuchiwaniu wyrostków porównujemy najpierw zjawiska przysłuchowe z obu wyrostków, ustawiając stroik kolejno na symetrycznych miejscach obu wyrostków. Jeśli posługujemy się przytem otoskopem pojedynczym, musimy go — rzecz prosta — przenosić z jednego ucha osoby badanej do drugiego. By uniknąć tego kłopotu, oraz uwolnić się od słyszenia stroika drogą powietrza, korzystniej jest użyć dwu otoskopów równocześnie. Przy użyciu dwu zwykłych otoskopów, gdzie jedno ucho badającego jest złączone z jednym uchem badanego, możemy być narażeni na pewne błędy. Praktyczniejszym okazał się otoskop podwójny, zespolony, który zbudowałem w ten sposób, że od czteroramiennej rurki >—< odprowadziłem cztery dreny zakończone oliwkami; dwa dreny dla osoby badającej, dwa dla badanej. Zespolenie drenów przez wspólne ramię rurki czterodzielnej jest bardzo korzystne i zapobiega pewnym błędom, które mogą być związane z wysłuchiwaniem przy pomocy dwu otoskopów niezależnych. Przy użyciu otoskopów niezależnych niesymetrja zjawisk przysłuchowych zależy nietylko od niesymetrji warunków u chorego, lecz i od ewentualnych niesymetrji w narządach słuchowych lekarza. Zespolenie drenów sprawia, że np. upośledzenie słuchu na jednem z uszu lekarza nie psuje w niczem symetrji warunków osłuchiwania chorego [2]).

Przekonawszy się przy badaniu porównawczem, że stroik przykładany kolejno na symetryczne miejsca obu wyrostków słyszany jest lepiej np. po stronie prawej, przystępujemy obecnie do systematycznego, kolejnego osłuchania najpierw jednego a potem drugiego wyrostka. Przesuwając stroik po powierzchni wyrostka i jego okolicy, przekonujemy się nieraz, że z różnych punktów wyrostka (zwłaszcza chorego) słyszymy ton stroika różnie ostro. Możemy np. stwierdzić, że w danym przypadku najgłośniej słyszymy stroik ze szczytu wyrostka. Jeśli najgłośniej słyszeliśmy stroik na szczycie wyrostka po stronie chorej, to postępujemy dalej w ten sposób. Drgający stroik przykładamy do szczytu wyrostka strony zdrowej i czekamy aż do zniknięcia tonu; następnie przenosimy drgający jeszcze stroik na szczyt wyrostka strony chorej — i wtedy usłyszymy stroik ponownie. Przy pomocy sekundnika notujemy różnice czasu słyszenia.

Notując wszystkie dane badania, mamy możność ilościowego porównywania ich w czasie badania chorego. Zbyt silne przy-

[2]) Uwzględniwszy rezonancję czaszkową osoby badanej i badającej, musielibyśmy wiele zmienić w tem prostem przedstawieniu warunków osłuchiwania; nie zmieniłoby to jednak zasadniczo tych wyników badania, na które chcę zwrócić uwagę.

ciskanie stroika do powierzchni wyrostka nie jest korzystne — rzecz jasna, siła przyciskania winna być zawsze ta sama.

Nieraz różnice osłuchowe występują bardzo wybitnie przy przykładaniu stroika do części miękkich leżących poniżej oraz do tyłu od w. s. Stroik należy tu przykładać zupełnie lekko, poprostu dotykać nim skóry. Stan zapalny części miękkich wpływa również na poprawę warunków słyszenia stroika przyłożonego do tych części. W jednym przypadku, gdzie różnica przewodzenia z części miękkich strony chorej i zdrowej była bardzo wybitna, dał się wyczuć w dwa dni później wyraźny naciek poniżej i do tyłu od wyrostka.

Wysłuchanie tego nacieku okazało się tu więc sposobem czulszym od obmacywania.

Że różnica spoistości warstw nawet głębszych ma wyraźny wpływ na warunki osłuchiwania przy pomocy stroika, możemy się przekonać przykładając stroik na powłoki brzuszne w rzucie wątroby. Zbliżając słuchawkę od zewnątrz ku spodziewanej granicy wątroby przekonywujemy się, że z chwilą gdy słuchawka znajdzie się w granicach rzutu wątroby, ton staje się nagle silniejszy. Podobnie można wysłuchiwać wypełniony pęcherz, nieraz śledzionę, nerki i t. p.

Okoliczność, że nie nad całym wyrostkiem ton przewodzi się jednakowo, zdaje się mieć również znaczenie i zgadza się ze zmianami znalezionemi przy zabiegu. Przy osłuchiwaniu w. s. winniśmy zważać na różnicę w sile tonu oraz na różnicę w czasie słyszenia. Gdy posługujemy się widełkami stroikowemi, tylko różnica czasowa jest dla nas ilościowo dostępna i możemy ją znaczyć w sekundach. Posługując się audjometrem i telefonem kostnym moglibyśmy określać również różnicę siły i wyrażać ją we fonach.

Spostrzeżenia dotychczasowe robiłem tylko w sprawach ostrych ucha, gdyż nie wyobrażam sobie, by dla spraw przewlocznych miał ten sposób jakieś naprawdę praktyczne znaczenie. Przy sprawach ostrych, przebiegających z zajęciem wyrostka sutkowego różnica czasowa w wysłuchiwaniu wynosiła przeciętnie między 25 a 45 sek., *zaś przy samem zajęciu ucha środkowego bez cech zapalenia wyrostka sutkowego* różnica była znacznie mniejsza, bo 5 do 12 sekund. Ponieważ dokładne osłuchiwanie wyrostka przeprowadzone według skreślonych poprzednio zasad jest badaniem krótkiem, niewyczerpującem cierpliwości ani chorego ani lekarza, przeto można je z łatwością często powtarzać i śledzić w ten sposób zachowanie się wyrostka. Szczególniejsze znaczenie będą też miały takie zmiany osłuchowe, które pojawią się dopiero w toku obserwacji. Zmiany takie muszą już całkowicie zależeć od toczącej się sprawy zapalnej, nie zaś od różnic w budowie wyrostków. W odróżnieniu od zjawisk przysłuchowych, jakie spotykamy w zap. płuc, nie spotykamy przy osłuchiwaniu zap. wyrostka sutkowego zmian jakościowych dostatecznie cechujących to cierpienie. Jedynie znaczne różnice ilościowe zarówno w sile jak i w czasie słyszenia, stwierdzone przez porównanie, każą nam myśleć o zajęciu wyrostka. Rzecz prosta, że jak wszędzie, tak i tu nie możemy opierać rozpoznania na jednej tylko cesze, lecz na podstawie całokształtu obrazu. W całokształcie tym mogą wtedy objawy osłuchowe oddać dobrą usługę.

To, co wyżej przedstawiłem, uważam tylko za doniesienie tymczasowe, za którem podążyć musi opracowanie większego materjału i w którem porównywanie wyników osłuchiwania z obrazem ostrości słuchu, rentgenogramem oraz wynikiem operacyjnym uzupełniać się będzie wzajemie. Byłoby również ciekawe porównywanie systematyczne wyników osłuchiwania z wynikami próby cieplnej Z a l e w s k i e g o, która rozporządza już dzisiaj poważnym materjałem i szeregiem ustalonych danych cyfrowych.

Chcę wkońcu podnieść znaczenie, jakie dla lekarza praktyka może mieć badanie wyrostka sutkowego przez osłuchiwanie. Ponieważ sztuka osłuchiwania jest wspólnem dobrem wszystkich lekarzy, uważam przeto, że osłuchiwanie w. s. stanowić może dzielną pomoc dla lekarza niespecjalisty, który chce zdobyć jakieś dane o stanie w. s. Zwłaszcza te przypadki powikłań zapalenia ucha środkowego, które ze względu na swój skryty przebieg *(pneumococcus mucosus)* mogą ujść łatwo uwagi mniej obznajomionego z otjatrją lekarza — te przypadki właśnie, przy pomocy osłuchiwania będą mogły być łatwiej wykryte i skierowane wcześniej w ręce specjalisty.

PRACE ORYGINALNE.

I. DWORECKI. Warszawa.

Pałeczka kałowa zasadotwórcza *(Bacterium faecale alcaligenes)* i rola jej w patologji ludzkiej.

Z Pracowni Analitycznej Szpitala na Czystem.
Kierownik: Dr. I. D w o r e c k i.

Dokończenie.

W świetle tych danych zasługują może na uwagę następujące spostrzeżenia własne. Badając kał chorych na dur brzuszny w okresie nasilenia się endemji w lecie i na jesieni r. 1932, stwierdzaliśmy znacznie częściej niż poprzednio, obfity wzrost kolonij pałeczki zasadotwórczej, która w wielu przypadkach występowała w charakterze wyłącznego reprezentanta flory jelitowej. Już ta częstość skłoniła nas do zastanowienia się, czy pałeczka zasadotwórcza nie odgrywa jakiejś roli w zakażonym durem ustroju.

Podkreślam fakt, że flora jelitowa z okresu duru w r. 1932 wyraźnie różniła się tą powszechnością Bfa, w porównaniu z tem, cośmy stwierdzali w analogicznych badaniach z kilku lat poprzednich. W tym względzie nasza obserwacja pokrywa się ze zdaniem rosyjskiego badacza J o f f e g o (34) o wybitnie nierównomiernem na przestrzeni lat występowaniu w kale Bfa, w charakterze drobnoustroju, towarzyszącego pałeczce Ebertha. Należało wyjaśnić:

1. *Czy Bfa wchodzi w bliższy kontakt z zakażonym ustrojem wzgl. czy przenika do krwiobiegu chorych?* oraz

2. *Czy organizm chorego na dur zaznacza na drodze serologicznej swój stosunek do tego drobnoustroju przez wytwarzanie swoistych przeciwciał?*

Co dotyczy pierwszej kwestji, zaczęliśmy zwracać specjalną uwagę na to, czy z krwi pobranej do posiewu, który zgodnie z powyższemi rozważaniami wykonywaliśmy bardzo skrupulatnie — nie wyrosną — prócz pałeczek Ebertha — również pałeczki zasadotwórcze. Przy stosowaniu zwykłej metodyki stwierdzenie tego faktu byłoby o tyle trudnem, że w ewentualnej mieszaninie omawianych tu gatunków bakteryj obecność Bfa byłaby zupełnie zamaskowaną przez pałeczkę Ebertha, a to zarówno w pierwszych przeszczepach z żółci na podłoża stałe, jak i w dalszych próbach biochemicznych. Toteż musieliśmy uciec się do skonstruowania *ad hoc* specjalnej diagnostycznej pożywki stałej, zupełnie analogicznej do agaru Drygalskiego, z tą różnicą, że — zamiast cukru mlekowego — używaliśmy w tem samem stężeniu cukrów gronowego, maltozy i mannitu; na tej pożywce pałeczki durowe i rzekomodurowe tworzą oczywista czerwone kolonje, a pałeczka zasadotwórcza — niebieskie. Na płytkę z taką pożywką różnocukrową — jak myśmy ją nazywali — wysiewano uszkiem hodowlę krwi na żółci po dobie jej stania w cieplarce oraz ewentualnie dosiewano w ciągu dni następnych — jak to zwykle się czyni. Wprowadzenie tej metody zaznaczyło się już wkrótce wynikiem pozytywnym. Z posiewu krwi chorej W., wykonanego w dniu 25. X. 1932 r. wyrosły w przeszczepie z żółci na płytce różniczkowej — 2 rodzaje kolonij: czerwone, które okazały się pałeczkami duru brzusznego i nieliczne niebieskie. Te ostatnie były skupieniami krótkich pałeczek gramoujemnych o cechach gatunku *Bact. faecale alcaligenes.* Mianowicie rosły dobrze na podłożach zwykłych bez wytwarzania barwika, nie zakwaszały laktozy, glukozy, sacharozy, mannitu, maltozy, czerwieni obojętnej, nie wytwarzały indolu, słabo zaniebieszczały serwatkę lakmusową i alkalizowały mleko z lakmusem. Nie zlepiały się surowicami wysokowartościowemi: durową i rzekomodurowemi. W toku dalszych badań po upływie niespełna 3 tygodni — z posiewu krwi innej chorej R. M. w dn. 11. XI. 1932 — otrzymaliśmy wynik zupełnie analogiczny.

A więc — zgodnie z przypuszczeniami — w 2 przypadkach bakterjologicznie i klinicznie stwierdzonego duru brzusznego krążyły we krwi jednocześnie z pałeczką Ebertha pałeczki kałowe zasadotwórcze. Co do przebiegu tych przypadków, to wedle opinji lekarza ordynującego (dr. I. L u x e n b u r g) w obrazie klinicznym nie można było stwierdzić czegoś specjalnie charakterystycznego. Zresztą, jeśli uwzględnimy wielopostaciowość kliniczną duru brzusznego, to należałoby oczywista rozporządzać znacznie większą ilością stwierdzeń takiej parainfekcji — jak całe zjawisko możnaby było określić — ażeby móc się wypowiedzieć o cechach klinicznych tej postaci. Niestety wkrótce po rozpoczęciu naszych badań w tym kierunku zmuszeni byliśmy z przyczyn od nas niezależnych je przerwać, gdyż na zlecenie władz miejskich oddział dla chorych tyfusowych został w Szpitalu zamknięty.

Przechodzę do następnego pytania, jakieśmy sobie postawili: czy obecność Bfa wywołała u naszych chorych powstawanie swoistych przeciwciał. Przy badaniu tych ostatnich ograniczyliśmy się do nastawiania odczynu zlepnego homologicznego z żywemi szczepami. Pomimo tego, żeśmy wyosobnili 50 szczepów Bfa, zdołaliśmy zbadać w omawianym kierunku zaledwie 10 surowic, na skutek zamknięcia oddziału tyfusowego wkrótce po rozpoczęciu naszych badań serologicznych. Wyniki otrzymaliśmy następujące (tabl. II):

Tablica II.

Lp.	Nr. Szczepu	Miano aglutynacji
1	6890	1:80
2	6915	1:20
3	6954	1:20
4	8042	1:320
5	8099	1:40
6	8103	1:20
7	8164	1:10
8	8775	—
9	8822	1:320
10	9998	—

Należy zaznaczyć, że szczepy, które zlepiały się odnośną surowicą, były sprawdzane — dla kontroli — każdy dwiema surowicami innemi: aglutynacji przytem nie stwierdzono. Reasumując wyniki prób serologicznych, dochodzimy do wniosku, że organizm chorego na dur, u którego stwierdzaliśmy w kale obficie pałeczkę kałową zasadotwórczą, często zawierał swoiste zlepniki skierowane przeciwko temu drobnoustrojowi — niekiedy w znacznem nawet stężeniu. Zjawisko to nie było paraaglutynacją, albowiem szczepy nasze nie zlepiały się surowicami: durową i rzekomodurowemi. Mimo skąpego materjału liczbowego badania powyższe upoważniają nas do stwierdzenia faktu, że *Bact. faecale alcaligenes w przebiegu duru brzusznego znajdowało się w pewnych przypadkach w bliższym kontakcie z tkankami ustroju zakażonego, przedostając się do krwiobiegu oraz wywołując wytwarzanie swoistych zlepników.*

Szukając analogji w piśmiennictwie znajdujemy po pierwsze dość zgodne podkreślenie rzadkości zakażeń mieszanych przy durze brzusznym — o czem była mowa na wstępie — po drugie zaś — w odniesieniu do pałeczki zasadotwórczej — brak obserwacyj, podobnych do naszych. Jedyny wyjątek stanowią prace autorów rosyjskich z lat ostatnich. Otóż w r. 1927. pojawiła się praca Stanischewskiego, Eggera i Nikolenko (32) z Dniepropietrowska, którzy podają, że podczas epidemji duru w r. 1927 — 28 wyhodowali z krwi pałeczki zasadotwórcze u 44 chorych w tem u 32 — drobnoustroje te wyrosły jako szczep czysty, u 11 razem z pałeczką duru, a w 1 przypadku z pałeczką duru rzekomego B. U tych chorych bakterjologiczne rozpoznanie duru było ustalone niezbicie w 86%. Aczkolwiek — jak wynika z tych liczb — autorzy rosyjscy operowali większym materjałem, aniżeli nasz, ich wnioski odnoszące się do wpływu tego zakażenia na przebieg duru są bardzo nikłe: conajwyżej ciepłota miała wykazywać większe wahania dobowe (od 1 do 2½ stopni); pozatem — w sensie innych osobliwości obrazu klinicznego — nic charakterystycznego nie zauważono. Już z tych względów nie można było mówić o jakiejś odrębnej jednostce chorobowej, a należało całe zjawisko ująć, *jako masowe wystąpienie parainfekcji* pałeczką zasadotwórczą w pewnych środowiskach epidemji durowej; na tem słusznem stanowisku stoją więc cytowani autorzy.

Następna jeszcze świeższa obserwacja datuje się z r. 1931: podczas epidemji duru w Archangelsku w latach 1929—1930 autorzy Asbelew i Mostowa wyhodowali z krwi chorych durowych aż 48 szczepów *Bact. faecale alcaligenes,* jednocześnie z 115 szczepami pał. Ebertha i 70 paratyfusu B. Zaznaczyć jednak należy, że tam wysiewane były skrzepy pozostałe z próbek krwi nadesłanych do odczynu Widala. Ze względów wyłuszczonych powyżej taka technika budzi jednak pewne zastrzeżenia

Tyle co do obserwacyj o charakterze masowym, stanowiącym *pendant* do naszych spostrzeżeń z 1932 r. Jeśli zaś chodzi o przypadki sporadyczne i drobne doniesienia luźne, świadczące o tem, że omawiane tu zjawiska prawdopodobnie miały miejsce i dawniej, to możnaby przytoczyć z piśmiennictwa fakty następujące. Jeden z przypadków Lindemanna (28) o tyle nie odnosi się do omawianej tu grupy, że autor ten stwierdził współistnienie Bfa we krwi pacjenta z pałeczką niedurową, a rzekomodurową B. Ciekawe jest natomiast spostrzeżenie Petruschky'ego (35), który badając bakterjologicznie zawartość różyczki metodą Neufelda, u 6 chorych durowych wyhodował z tego materjału szczepy Bfa, najwidoczniej krwiopochodne. Również narządy sekcjonowanych zwłok durowych obfitowały niekiedy w Bfa: Burdach (36) w 5 przypadkach wyhodował je ze wszystkich narządów, Altschüler (37) jeden raz ze śledziony. Jak widzimy zatem piśmiennictwo, odnoszące się do kwestji ogólnego zakażenia pałeczką zasadotwórczą przy durze brzusznym jest niezwykle skąpe i nie stoi w żadnym stosunku do cytowanego wyżej masowego występowania tej ciekawej parainfekcji w pewnych środowiskach epidemji durowej w Rosji w ciągu lat ostatnich i u nas. Zastanawiając się nad wzajemnym stosunkiem biologicznym tych 2 gatunków drobnoustrojów (Bfa i pał. Ebertha), występujących tu niejako w charakterze symbiontów, musimy przedewszystkiem wyznać, że zwłaszcza biologja Bfa jest zbyt mało znana, aby można było pokusić się o rozwiązanie tego trudnego zagadnienia. Teoretycznie nasuwają się tu 2 możliwości: 1) albo Bfa, genetycznie absolutnie z pałeczką durową niezwiązany, znajduje w ustroju chorego na dur — w pewnym okresie cierpienia — warunki sprzyjające rozwojowi i wtedy — niezależnie od swego pochodzenia (zzewnątrz czy zwewnątrz) — rozmnaża się, wstępując — jak widzieliśmy wyżej — w ściślejszy kontakt z tkankami chorego organizmu, albo 2) istnieje jakiś związek genetyczny między pałeczką Ebertha a Bfa, polegający na możliwości przekształcenia nawet pierwszego gatunku w drugi lub odwrotnie. Aczkolwiek ta pierwsza możliwość wydaje się zgóry znacznie bardziej prawdopodobną, jednakże i drugie przypuszczenie — mimo dużej odległości biologicznej dzielącej Bfa od pałeczki duru — było wypowiadane kilkakrotnie. Jeszcze w r. 1904 Altschüler (37) twierdził, że udało mu się przekształcić na podłożach sztucznych Bfa w autentyczny szczep duru brzusznego. Doebert (38) doszedł do analogicznego wyniku przez dootrzewnowe zakażanie świnek morskich szczepami Bfa. Te rewelacyjne wnioski Altschülera i Doeberta zostały już wkrótce obalone przez ścisłe prace Berghausa (39), Trommsdorfa (40), Conradi'ego (41) i Terburgha (42), którzy dowiedli, że cytowani wyżej autorzy w swych doświadczeniach już z samego początku operowali szczepami nieczystemi, mianowicie mieszaniną dwóch gatunków: Bfa i pał. Ebertha. Znamiennem jest zwłaszcza spostrzeżenie Berghausa, że szczepy Bfa, nadesłane do sprawdzenia z różnych źródeł, okazały się również taką mieszanką symbiotyczną Bfa i pałeczki durowej. Świadczy to również o łatwej możliwości przeoczenia tej zamaskowanej symbiozy w praktyce, o czem była mowa już przedtem, a co też skłoniło nas do wprowadzenia do techniki hodowli z krwi przytoczonej wyżej stałej pożywki różniczkowej. W świetle tych faktów wydaje się nam wielce prawdopodobnem, że również i te szczepy, które były przez Mandelbauma (43) opisane pod nazwą *„Metatyphus"*, a znajdowane były później przez innych badaczów (np. Grubera w Monachjum) — stanowiły może symbiotyczną mieszaninę duru z Bfa: przecież główne cechy różniczkowe „metatyfusu" (zaróżowienie agaru glicerynowego z kwasem rozolowym, brak zbrunatnienia agaru glicerynowo-krwistego) sprowadzają się li tylko do wytwarzania w pożywkach ciał zasadowych. Aczkolwiek cała koncepcja związku genetycznego między Bfa a pałeczką Ebertha nie uzyskała oparcia faktycznego, wypływa ona na światło dzienne nawet w piśmiennictwie najnowszem. W przeglądzie piśmiennictwa węgierskiego z lat 1930 — 31 znajdujemy wzmiankę, że „Feher (44) obserwując schorzenia wywołane przez Bfa, stwierdził najściślejszą łączność między tym drobnoustrojem a pał. duru. Wobec częstego występowania w przebiegu epidemij durowych schorzeń wywołanych przez Bfa, stawia on na porządek dzienny kwestję ewentualnego przekształcenia jednego drobnoustroju w drugi".

Wypowiadanie takiego przypuszczenia jest zjawiskiem dość charakterystycznem w obecnej dobie zacierania się wielu granic, które tak ściśle zakreślone były dla większości gatunków bakteryjnych przez mikrobiologję klasyczną; nie opiera się to przypuszczenie wszakże — jak powiedzieliśmy — na żadnej podstawie doświadczalnej. Przecież Bfa pod względem cech morfologicznych i biochemicznych jest — jak wiadomo — gatunkiem oddawna dokładnie zdefinjowanym, i — ani w piśmiennictwie, traktującem biologję tego drobnoustroju, ani w naszych obserwacjach — nie natknęliśmy się czyto na trudności rozpoznawcze (pod warunkiem zbadania całokształtu własności szczepu), czy też na jakąś wyraźniejszą tendencję do zmienności. Rekapitulując w ogólnych zarysach charakterystykę Bfa, przypomnimy, że jest to pałeczka gramoujemna, niezarodnikująca, ruchliwa, najczęściej jednorzęsa (niekiedy zaś — dwu- lub czubo-rzęsa); pałeczka zasadotwórcza, jako tlenowiec bezwzględny, rośnie w postaci kożuszka na pożywkach płynnych, jest wogóle niewybredna w sensie pożywienia, nie rozrzedza żelatyny, odznacza się bardzo małą aktywnością fermentacyjną: toteż nie zakwasza żadnej z pożywek węglowodanowych, używanych w różniczkowaniu bakteryj grupy *Coli-Paratyphus,* indolu nie wytwarza; natomiast alkalizuje serwatkę lakmusową, alkalizuje mleko. Barwików nie wytwarza, na

pożywkach różniczkowych rośnie niekiedy w sposób łudząco podobny do pałeczek duru (na ag. Drygalskiego i Endo), lub cholery (na podłożu Dieudonné), co w związku z niewątpliwą zdolnością wywoływania podobnych obrazów chorobowych — o czem była wyżej mowa — niejednokrotnie nastręczało wątpliwości w pierwszych posiewach odnośnego materjału. Zjadliwość Bfa dla zwierząt laboratoryjnych jest mało zaznaczona; w każdym razie występuje wyraźniej przy zastrzyku dootrzewnowym (*„Peritonealpathogenität“* Petruschky'ego). Jest rzeczą ciekawą, że szczepy chorobotwórcze dla ludzi okazywały się często uzjadliwionemi również dla zwierząt — zwłaszcza dla myszy białych, niekiedy nawet w stopniu wybitnym (obserwacje Bittera i Gundela (25), Hamma (22), Nowakowskiego i Owczarewicza (13). Jeśli chodzi o miejsce gatunku Bfa w ogólnej systematyce bakterjologicznej, to poglądy różnych autorów są w tym względzie bardzo rozbieżne.

Jednostronną, gdyż nieuwzględniającą omówionych wyżej niewątpliwych własności chorobotwórczych Bfa — jest przedewszystkiem koncepcja tych badaczów (Berghaus (39), Ungermann (45), Klimenko (46), którzy traktują Bfa, jako saprofityczny *Bact. fluorescens non liquefaciens* o utraconej tylko barwikotwórczości. Również mało uzasadnionem wydaje się zapatrywanie Zupnika (47), zaliczającego gatunek Bfa do grupy czerwonkowej. Więcej podstaw ma podkreślenie łączności Bfa z grupą przecinkowca cholery (Pollak, Kollath i Lubinski, Baerthlein). Najbardziej jednak racjonalnem jest zaszeregowanie Bfa do rozległej grupy drobnoustrojów, obejmującej gatunki pałeczek okrężnicy, paratyfusowych i duru brzusznego. Jeśli chodzi naprzykład o własności biochemiczne, zwłaszcza polegające na czynności fermentacyjnej względem węglowodanów i wyższych alkoholi — to szeregując gatunki w obrębie tej grupy (powiedzmy, w kierunku zmniejszającej się aktywności) otrzymamy na jednym biegunie *Bact. coli (communius, commune)*, dalej różne szczepy *B. paracoli*, za tem szereg *B. paratyphi*, jeszcze dalej *B. typhi abdomin.*, a za niem miejsce biegunowe zajmie tu *Bact. faec. alc.* Oczywista klasyfikacja ta, uwzględniająca tylko wspólnotę omawianych tu gatunków w sensie ich morfologji, urzęsienia, barwliwości, a często również typowego umiejscowienia w organizmie (ewent. w stanie komensalizmu) oraz pewnych własności chorobotwórczych — bynajmniej nie przesądza kwestji ich istotnego związku genetycznego; ta sprawa — jak zaznaczyliśmy przy omawianiu możliwości przemian Bfa w pał. durową lub odwrotnie (czyto *in vivo* czy też *in vitro* lub w otaczającej nas przyrodzie) sprawa ta nadal jest otwarta i — jak inne podobne zagadnienia filogenetyczne w mikrobiologji — narazie bardzo daleka od rozwiązania. Jak wiadomo, na drodze do możliwie „naturalnego“ usystematyzowania niektórych gatunków omawianej tu grupy bakteryj duże usługi oddała metoda badania serologicznej budowy szczepów. Taka analiza struktury antygenowej — okazała się płodną zwłaszcza w zakresie grupy „durów rzekomych“ (White, Kauffmann, Silberstein, Brill i inni). Co dotyczy Bfa, to własnościami serologicznemi tych szczepów zajmowano się naogół niewiele.

W jednej z większych prac japończycy Tokayanagi Sendai (48) z Instytutu Aoki podają, że śród 58 szczepów *Bact. faec. alc.*, z których większość pochodziła z kału chorych durowych, żaden nie zlepiał się ani surowicą durową ani rzekomodurowemi i że te 58 szczepów tworzyły aż 15 grup serologicznych. W przeciwieństwie do tego Baerthlein i autorzy rosyjscy (Asbelew i Mostowa oraz Joffe (34) mówią o jednolitości serologicznej swych szczepów pał. zasadotwórczej, wyhodowanych podczas epidemji duru i o zdolności zlepiania się wysokowartościową surowicą przeciwdurową. Myśmy zbadali 35 szczepów na własności zlepne w stosunku do 5 surowic przyrządzonych drogą dożylnego uodporniania królików pięcioma szczepami Bfa. Badania te, acz niezakończone, pozwalają nam stwierdzić zgodność z wynikami pracy japońskiej, a więc:

1) wyraźną niejednolitość serologiczną oraz

2) brak zlepliwości naszych szczepów pod wpływem surowic durowej i rzekomodurowych, o czem była już mowa.

Reasumując swe rozważania na temat miejsca Bfa w systematyce ogólno-bakterjologicznej oraz roli tego drobnoustroju w patologji ludzkiej dochodzimy do wniosku, że większość z naszkicowanych tu zagadnień — zwłaszcza sprawa stosunku biologicznego Bfa do pałeczki duru, wymaga dalszych systematycznych obserwacyj i doświadczeń.

Streszczenie:

1. Pał. kał. zasadotwórcza — jak wynika z piśmiennictwa i z własnych spostrzeżeń — może występować w roli zarazka, wywołującego bądź ogniskową sprawę, o rozmaitem umiejscowieniu i przebiegu, bądź zakażenie ogólne (posocznicę).

2. Podczas nasilenia endemji duru brzusznego w Warszawie najesieni 1932 r. stwierdzono fakty przenikania do krwiobiegu chorych pał. kał. zasadotwórczej oraz obecność swoistych zlepników skierowanych przeciwko temu drobnoustrojowi w surowicy chorych durowych.

3. Niewyjaśnioną jest kwestja miejsca pał. kał. zasadotwórczej w ramach ogólnej systematyki bakterjologicznej w szczególności zaś stosunek biologiczny do pał. durowej; związek genetyczny tych dwóch gatunków nie wydaje się prawdopodobnym.

4. Badanie własności zlepnych 38 szczepów pał. kał. zas. wyhodowanych od chorych na dur brzuszny wykazało niejednolitość serologiczną w obrębie tej grupy szczepów.

Piśmiennictwo:

1) Petruschky: Zbl. f. Bakt. I Orig. Bd. 19. 1896. — 2) Fischer: Zbl. f. Bakt. Orig. 25. 1899. S. 693. — 3) Neufeld ref.: p. 47. — 4) Baerthlein: Zbl. f. Bakt. I. Orig. 67. 1913. S. 321. — 5) Pollack: Zbl. f. Bakt. I. Orig. 68. 1913. S. 288. — 6) Straub & Krais: D. med. Woch. 1914. Nr. 8. S. 381. — 7) Webster: The med. J. of. Australia, An. VI. Nr. 23. 1919. ref. Presse méd. 1919. — 8) Rochaix & Blanchard: Annales de Médecine. 1920. VIII. S. 3. — 9) Kollath & Lubinski: Zbl. f. Bakt. I. Orig. 91. 1924. S. 455. — 10) Hillenberg: Hygien. Rundschau. 1910. S. 1209. — 11) Ridder: Berl. Klin. Woch. 1909. Nr. 50. S. 2232. — 12) Trinkas Olla: Zbl. f. Bakt. Ref. 43. 1909. — 13) Nowakowski i Owczarewicz: Lek. Wojsk. 1923. S. 668. — 14) Laforgue C. R. S-té Biol. 1908. S. 65. — 15) Babes & Feodoresco: Romania medic. 1905. Nr. 18, ref. p. II. — 16) Rochaix & Marotte C. R. Soc. Biol. 1916. S. 316. — 17) Magalhaes C. R. Biol. 1921. 84. S. 591. — 18) Fürth: Münch. m. W. 1913. Nr. 48. S. 2669. — 19) Shearman & Moorhead: Brit. med. J. 1916. S. 893. — 20) Oppenheimer: Zschr. f. urolog. Chir. 1913. — 21) Beckmann & v. d. Reis. Zschr. f. klin. Med. 101. 1924. S. 229. — 22) Hamm: Münch. med. W. 1910. Nr. 5. S. 239. — 23) Leichtentritt: Mschr. f. Kinderhlk. ref. Heim. Lehrb. 1922. S. 549. — 24) Sloboziano & Nasta. C. R. Soc. Biol. 107. 1931. S. 851. — 25) Bitter & Gundel: Münch. m. W. 1925. S. 379. — 26) Lubelski i Szpilman: Gastrologja Polska, t. III. 1931. Nr. 4. — 27) Port. D. med. Woch. 1908. S. 547. — 28) Lindemann. Zbl. f. Bakt. I. Orig. 115. 1930. S. 328. — 29) Baerthlein. Hdb. d. pathog. Mikroorg. 1931. Bd. III. 2. S. 1220. — 30) Kuzniecow M. P. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 2. 132 S. (ref. Prasa Lek. 1932. Nr. I.). — 31) Lebeuf & Braun: Ann. de l'Inst. Pasteur. 1917. S. 138. — 32) Stanischewski, Egger & Nikolenko: Zbl. f. Bakt. I. Orig. 113. 1927. S. 194. 33) Asbelew & Mostowa: Zbl. f. Bakt. I. Orig. 122. 1931. S. 337. — 34) Joffe: Archiw biologiczeskich nauk (ros.) 1927. S. 141. — 35) Petruschky: Zschr. f. Hyg. 40. 1902. S. 567. — 36) Burdach. ref. p. 8. — 37) Altschüller: Münch. med. Woch. 1904. Nr. 20. — 38) Doebert: Arch. f. Hyg. Bd. 52. — 39) Berghaus: Hyg. Rundschau. 1905. Nr. 15. — 40) Trommsdorf. Münch. m. Woch. 1905. Nr. 35. — 41) Conradi. ditto Nr. 38. — 42) Terburgh: Zbl. f. Bakt. Bd. 40. 1906. — 43) Mandelbaum. Münch. med. Woch. 1907. Nr. 36. — 44) Feher. „Orvoni Hetilag“ (węg.) ref. D. med. Woch. 1932. S. 872. — 45) Ungermann. Zbl. f. Bakt. I. Orig. 50. — 1908. S. 513. — 46) Klimenko: Zbl. f. Bakt. I. Orig. 43. 1907. S. 755. — 47) Zupnik: ref. przez Krenckera: Zbl. f. Bakt. I. Orig. 39. 1905. S. 14. — 48) Takayanagi & Sendai: Zbl. f. Bakt. I. Orig. 108. 1928. S. 383.

B. GIĘDOSZ. Lwów.

Ciała tarczycozwrotne (tyreotropowe) w moczu ludzkim.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Dośw. U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke.

M. Aron ze współpracownikami dowiódł, że w moczu (i we krwi) ludzi można wykazać obecność czynnika działającego podniecająco na gruczoł tarczowy. Czynnik ten identyfikuje on z t. zw. tyreostymuliną, t. j. hormonem przez niego uzyskanym z części przedniej przysadki mózgowej. Oparł się on przedewszystkiem na obrazie histologicznym tarczycy świnek morskich i królików, którym wstrzykiwał świeży mocz ludzi zdrowych, bądźto dotkniętych różnemi sprawami chorobowemi. Ilość ciał o działaniu tyreostymulinowem, wedle Arona, jest w moczu mniejsza niż we krwi, ale dadzą się one wykazać prawie bez wyjątku u wszystkich ludzi; może najmniejszą ilość tego ciała zawiera mocz dotkniętych chorobą Basedowa. H. Nielsen, badając mocz ludzki na zawartość ciał wpływających na tarczycę,

podaje, że dadzą się w nim wykazać dwa typy ciał, zmieniających obraz histologiczny prawidłowej tarczycy królików po wprowadzeniu im dożylnie świeżego moczu. Jedno z tych ciał wywołuje bujanie komórek tarczycy z zanikiem koloidu, a drugie przyrost koloidu. W pierwszym razie mówi Nielsen o reakcji dodatniej, (+), w drugim zaś o reakcji ujemnej (—), przyczem najsilniejszy obraz oddziaływania oznacza jako +6 lub —6. Zdaniem Nielsena ciała te muszą znajdować się w moczu w znacznej ilości i muszą być biologicznie bardzo czynne.

W badaniach naszych postępowaliśmy sposobem podanym przez Nielsena. Królikom młodym, wagi około 2 kg, wstrzykiwaliśmy dożylnie *(v. marginalis auris)* przesączony, ranny, świeży mocz ludzki przez 2 dni w odstępach 24-godzinnych po 8 cm^3; w 24 godziny po ostatniem wstrzyknięciu zwierzęta zabijaliśmy. Tarczyce pobierane do badania utrwalaliśmy w alkohol - formolu lub w płynie Carnoy'a, a skrawki — grubości około 5 μ — barwiliśmy hematoksyliną - eozyną. Badania przeprowadziliśmy z moczem 10 ludzi zdrowych, a 45 chorych.

Mocz ludzi zdrowych tylko w 3 przypadkach wywołał zmiany w tarczycy królika, a to w dwu bujanie komórkowe z zanikiem koloidu (reakcja +), w jednym zaś zwiększenie ilości koloidu (reakcja —), przyczem komórki nabłonkowe pęcherzyków były prawie niezmienione; mocz 7 pozostałych ludzi zdrowych nie zmienił zupełnie obrazu tarczycy króliczej mimo dwukrotnego wstrzyknięcia.

W doświadczeniach wykonanych z moczem ludzi chorych (45 osób) tylko w części przypadków mogliśmy w tarczycy królików stwierdzić zmiany opisywane przez Nielsena. Dla objaśnienia przytaczamy kilka przykładów, w których mocz wywołał zmiany w tarczycy objęte nazwą reakcji dodatniej (+), jak i kilka przypadków z grupy reakcji ujemnej (—). Do I. grupy (reakcja +) należą np.: chory z gruźlicą płuc, chora z padaczką, chorobą Basedowa, z przewlekłem zwężeniem jelit spowodu nowotworu, chory z rakiem żołądka i t. d. W licznych skrawkach tarczyc królików nastrzykiwanych moczem tych chorych stwierdzono wybitne bujanie komórkowe z zanikiem koloidu. W innych przypadkach bujanie komórkowe w tarczycy było mniej wyraźne. Do II. grupy zaliczamy przypadki z t. zw. reakcją ujemną (—). Należą tu chorzy: z łuszczycą, guzem przysadki, zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, nabłoniakiem kosmówkowym, złośliwym nowotworem jajników i t. d. Po dwukrotnem wstrzyknięciu królikom moczu uzyskanego z powyższych przypadków tarczyca w obrazie histologicznym okazywała zmiany, charakteryzujące się wyraźnem zwiększeniem ilości koloidu, przyczem w niektórych przypadkach nabłonki były wybitnie spłaszczone, a brak było bujania komórkowego.

Zmiany patologiczne nie obejmowały przeważnie całej tarczycy tak, że mogliśmy je stwierdzić nieraz dopiero po bardzo dokładnem oglądaniu licznych skrawków. Obraz nieprawidłowy przedstawiał się wtedy pod postacią ognisk rozsianych wśród prawidłowej tkanki tarczycy. Przynajmniej w połowie przypadków chorych z rozmaitemi cierpieniami, jak np. ostre mnogie zapalenie stawów, zapalenie korzonków, śródbłoniak opłucnej, zapalenie okrężnicy, nadczynność tarczycy *(hyperthyreosis)*, ropień podprzeponowy, ropniak opłucnej, schizofrenja i t. d. mocz wstrzykiwany królikom sposobem wyżej podanym nie zmieniał prawidłowego obrazu tarczycy. Mimo najskrupulatniejszego badania gruczołu tarczowego królików nastrzykanych moczem powyższych przypadków nie dało się stwierdzić jakichkolwiek odchyleń od prawidłowego utkania tarczycy. Zmiany, opisywane przez Nielsena pod nazwą reakcji + lub — mogliśmy więc wykazać tylko w niespełna 50% przypadków ludzi chorych, a w 30,3% zdrowych.

Badania nasze, poczęści zgodnie z wynikami podanemi przez Nielsena, wykazują, że świeży mocz ludzi dotkniętych różnemi schorzeniami, ale także i zdrowych, wstrzyknięty dożylnie królikom wywołuje zmiany strukturalne w obrazie tarczycy, dające się wykazać przy badaniu drobnowidowem. Zmiany te, niezależnie od stanu ludzi, których moczu użyto, dają obrazy nieraz diametralnie przeciwne, raz bujanie komórkowe i zanik koloidu, drugi raz nagromadzenie się koloidu, połączone jakby z zanikiem komórek. W czem szukać przyczyny tych zmian, czy w składnikach hormonalnych, czy też chemicznych, zawartych w moczu ludzi — to rozstrzygnąć dzisiaj jest niemożliwe. Badania Arona i współpracowników, wykazujące w moczu ludzi istnienie ciała o działaniu t. zw. tyreostymulinowem, pozwalałyby przypuszczać, że może przyczyną t. zw. reakcji dodatniej (+) moczu jest hormon tyreotropowy. Doświadczenia przeprowadzone przez Karpa i Kostkiewicza w naszym Zakładzie, wykazujące obraz postępującego zwyrodnienia koloidowego tarczycy u królików, nastrzykiwanych folikuliną, wskazywałyby, że może ciała o charakterze folikulinowym zawarte w moczu mogłyby dawać obraz t. zw. reakcji ujemnej (—). Badania dalsze muszą dopiero rozstrzygnąć, czy w tych czynnikach, a może w jakichś innych połączeniach chemicznych zjawiających się w moczu u ludzi, zwłaszcza w stanach chorobowych, należałoby szukać źródła t. zw. tyreotestu Nielsena. W każdym razie obecność tych ciał w moczu nie jest zjawiskiem stwierdzanem u wszystkich ludzi, tak zdrowych, jak i chorych.

Piśmiennictwo:

1) M. Aron i M. Klein: C. R. de la Soc. de biol., 1930, t. 103, p. 702. — 2) M. Aron: C. R. de la Soc. de biol., 1930, t. 105, p. 585. — 3) C. Van Caulaert, M. Aron, J. Stahl: C. R. de la Soc. de biol., 1931, t. 106, p. 607. — 4) S. Janssen i A. Loeser: Klin. Wochenschr. 1931. Nr. 44. Str. 2046. — 5) M. Aron: C. R. de la Soc. de biol., 1932, t. 109, p. 218. — 6) M. Krogh, H. Okkels: C. R. de la Soc. de biol., 1933, t. 113, p. 635 i 638. — 7) M. Aron: C. R. de la Soc. de biol., 1933, t. 114, p. 20. 8) H. Nielsen: Klin. Wochenschr. 1933. Nr. 13. Str. 508. — 9) L. Karp i B. Kostkiewicz: C. R. de la Soc. de biol., 1933, t. 114, p. 1339. — 10) M. Krogh i H. Okkels: C. R. de la Soc. de biol., 1934, t. 116, p. 255. — 11) M. Aron: C. R. de la Soc. de biol., 1934, t. 116, p. 272. — 12) L. Karp i B. Kostkiewicz: P. G. L. 1934, Str. 49. — 13) L. Karp i B. Kostkiewicz: Klin. Wochenschr. 1934, Nr. 13. Str. 489.

WYKŁADY KLINICZNE.

Zdzisław SKIBIŃSKI. Zakopane.

Fizjopatologja wyrwania nerwu przeponowego i jego wskazania.

Z Instytutu „B. Mussolini", Kliniki Gruźlicy i Chorób Przewodu Oddech. Uniwersytetu Rzymskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. E. Morelli.

W obecnym artykule zajmiemy się fizjopatologją wyrwania nerwu przeponowego. Jest to zabieg, który należy postawić na drugiem miejscu co do jego skuteczności leczniczej po odmie. Podczas gdy odma działa wprost na płuco, zmniejszając jego objętość i chroniąc je od czynności ruchowej ściany klatki, to frenikoegzereza, jak wszystkie inne zabiegi chirurgiczne, działa na ścianę klatki, znosząc jej czynność.

Pomimo że frenikoegzereza znajduje dziś powszechne zastosowanie, mechanizm jej działania jest naogół słabo rozumiany. Wyrwanie nerwu przeponowego zaproponował Stürz w r. 1911 jako ekwiwalent małej odmy, ponieważ przepona porażona, podnosząc się, pozwala na zapad płuca u podstawy, podobnie jak ma to miejsce przy odmie. Z tego wynikało znaczne ograniczenie wskazań do frenikoegzerezy. Mianowicie, była ona polecana tylko przy zmianach u podstawy płuca. Morelli od r. 1922 utrzymuje, że zapad płuca w ten sposób uzyskany przedstawia rzecz pożyteczną, ale nie najważniejszą spośród innych korzyści, jakie daje frenikoegzereza. O wiele większa skuteczność porażenia przepony polega na stępieniu i osłabieniu urazu oddechowego, jaki wywiera na płuco w czasie głębokiego wdechu i przy kaszlu ten najpotężniejszy mięsień oddechowy, jakim jest przepona.

Uraz oddechowy, jak wiadomo, działa z jednej strony zależnie od siły wdechu i nagłości, z jaką przychodzi do skutku, z drugiej strony zależnie od drożności dróg oddechowych. Jeżeli przy wdechu powietrze, wnikające do płuca, nie napotyka na żadne przeszkody, to uraz jest minimalny. Jeżeli zaś istnieją przeszkody w postaci stenozy względnej lub bezwzględnej, to ściany pęcherzyków płucnych doznają tem większego urazu, im większe wytworzy się przeciwieństwo pomiędzy siłą i nagłością rozszerzania klatki piersiowej a przeszkodą dla wnikania powietrza do pęcherzyków. Odma jako poduszeczka gazowa, która otacza płuco, zmniejsza ten kontrast pomiędzy ścianą i płucem chorem. W płucu zdrowem tem zabezpieczeniem wobec urazu oddechowego jest dobre wypełnienie powietrzem pęcherzyków płucnych, czyli niejako odma wewnętrzna. W następstwie porażenia przepony przestaje działać uraz wdechowy, powodowany przez przeponę. Znaczy to wiele, gdyż jest to uraz najniebezpieczniejszy, bo działający z wielką siłą i gwałtownością. Zaznaczę jeszcze, że przepona powiększa pojemność płuc nietylko w wymiarze podłużnym, lecz zarazem i rozszerza klatkę wszerz, podnosząc żebra ku górze.

Obok wspomnianych korzyści, jakie daje wyrwanie nerwu przeponowego, porażona przepona działa jeszcze jako błona kompensacyjna *(velario di compensazione)*. Polega to na tem, że przy wdechu zamiast rozciągnięcia płuca następuje podniesienie przepony. Znaczenie tego paradoksalnego ruchu przepony zrozumieć można najlepiej, wykonując następujące doświadczenie:

Mamy wielką flaszkę, połączoną z manometrem i strzykawką 200 cm³, która spełnia funkcję oddechu. Łatwo wykazać, że jeżeli wykonamy wdech, gdy flaszka ma wszystkie ściany sztywne, to manometr wskaże wielkie różnice ciśnień, zależnie od siły i szybkości aspiracji strzykawki. Wykonując ten sam wdech na flaszce, której dno zastąpione jest błoną wiotką, sprężystą, to manometr nie wykaże prawie żadnych zmian a natomiast błona porażona (przepona) wzniesie się wysoko w górę. Odwrotne zjawisko, t. j. wydęcie błony nazewnątrz flaszki, nastąpi przy wprowadzeniu powietrza do jej wnętrza. Odpowiada to wydechowi w płucu.

Opisane doświadczenie wyjaśnia, w jaki sposób może działać porażona przepona jako błona kompensacyjna. Jeżeli do tego się doda, że równocześnie osłabiony jest znacznie uraz oddechowy, ponieważ pozostałe mięśnie wdechowe są słabsze i działają mniej gwałtownie, aniżeli przepona, to wartość lecznicza frenikoegzerezy przedstawi się nam w całej pełni.

W ogólności można powiedzieć o ruchu paradoksalnym, że przychodzi on zawsze do skutku, kiedy płuco zatraciło zdolność rozszerzania się, a w którymkolwiek punkcie ściany jamy opłucnowej istnieje jakieś słabe miejsce, czyto będzie niem porażona przepona, czy wiotkie i ruchome śródpiersie, czy też podatna ściana klatki piersiowej, zwłaszcza po usunięciu żeber. Zawsze wtedy panuje w jamie opłucnowej zwiększone ciśnienie ujemne.

Ruch paradoksalny jest prawie zawsze pożytecznym w leczeniu gruźlicy. Oznacza on bowiem zaoszczędzenie płuca niezdolnego do rozciągnięć wdechowych kosztem przesunięć wyrównawczych w otoczeniu. Może stać się on niebezpiecznym wtedy, kiedy śródpiersie jest tą najsłabszą ścianą w otoczeniu płuca, będąc zmuszone do wykonywania wyrównawczych ruchów wahadłowych. Ruch paradoksalny występuje najwyraźniej przy zamierzonem zaniechaniu odmy, kiedy gaz w komorze odmowej ulega wielkiemu rozrzedzeniu a płuco nie może się rozprostowywać. Jest to znak, że nie wolno w ten sposób komory odmowej pozostawić, lecz że należy wykonać jakiś zabieg operacyjny, mający na celu jej zmniejszenie i następnie zanik (frenikoegzereza, torakoplastyka). Na porządku dziennym u chorych gruźliczych można spostrzegać ruch paradoksalny w dołku nadobojczykowym, kiedy to spowodu zmian szczytowych istnieje trudność wnikania powietrza do tych odcinków płucnych. W stanach skurczowych (astma) albo nieżytowych oskrzeli lub miąższu płucnego paradoksalne zapadanie się przestrzeni międzyżebrowych albo też całej ściany w dolnych okolicach klatki piersiowej jest częstem zjawiskiem.

Na podstawie przytoczonych danych z fizjopatologji zrozumiałem się staje, że frenikoegzereza może oddawać usługi także wtedy, kiedy przepona spowodu zrostów opłucnowych nie jest w stanie unieść się do góry i kiedy zmiany chorobowe są umiejscowione w szczycie a nie wyłącznie u podstawy płuca.

Z tego powodu wskazania do wyrwania nerwu przeponowego są bardzo rozległe. Zabieg ten, lub tylko zmiażdżenie nerwu przeponowego, gdy chodzi o skutek czasowy, wykonuje się przedewszystkiem przy odmie nieskutecznej, bez względu na to, gdzie są umiejscowione zmiany chorobowe.

Zwykle wtedy mamy obrazy następujące: albo komora odmowa znajduje się w górnej części klatki, podczas gdy w dolnej płuco jest przyrośnięte do przepony a zmiany chorobowe znajdują się przy wnęce lub w dolnym płacie, albo płuco zapadłe i przylepione do śródpiersia rozpięte jest pomiędzy sklepieniem klatki a przeponą, albo też odma obejmuje wprawdzie płuco ze wszystkich stron, ale płuco zatraciło zdolność kurczenia się, albo wreszcie przy rozpuszczaniu odmy, kiedy płuco spowodu ogrubień opłucnowych *(pachypleuritis)* nie może rozprostować się i nastąpiło przesunięcie śródpiersia, przepony i zapadnięcie ściany klatki. W tym ostatnim wypadku ciśnienie ujemne może być tak wielkie, że płucu grozi pęknięcie.

Wyrwanie nerwu przeponowego przy odmie ma jeszcze tę zaletę, że pozwala na o wiele rzadsze dopełnienia. Przykład to wyjaśni najlepiej: mamy małą odmę, która wymaga 200 cm³ gazu, aby dać ciśnienie + 5. Już po 5 dniach ciśnienie to spada do — 3 a przy kaszlu może obniżyć się do — 10. Wtedy płuco zaczyna pracować, rozszerzać się. Jeżeli zrobi się frenikoegzerezę, to na to, aby otrzymać + 5, potrzeba wprowadzić aż 600 cm³ gazu, bo przepona się obniża i komora odmowa staje się większą. Gdy teraz gaz zaczyna się wchłaniać, to przepona podnosi się a ciśnienie w komorze odmowej nie ulega zmianie. Dopiero po 20—30 dniach przepona dojdzie do górnej granicy swej zdolności podnoszenia się i wtedy nagle zjawi się wielkie ciśnienie ujemne. Należy wobec tego być bardzo ostrożnym, aby nie przeoczyć tego momentu.

Następne wskazanie do frenikoegzerezy mamy przy rozstrzeniach oskrzelowych i ropniach płucnych, kiedy spowodu zrostów założenie odmy okazało się niemożliwem lub nawet szkodliwem. Niezawsze bowiem działanie odmy w tych razach jest pożyteczne. Czasami możemy mieć pogorszenie, jeżeli nastąpi po tym zabiegu utrudnienie odpływu wydzieliny ropnej z ognisk chorobowych. Główne działanie frenikoegzerezy przy rozstrzeniach polega na zabezpieczeniu płuca od postępu i szerzenia się zapalenia w otoczenie.

Wyrwanie nerwu przeponowego stosuje się dalej przy leczeniu ropniaków opłucnowych, zwłaszcza jeżeli istnieje przetoka płucna. Następnie, po zapaleniu opłucnej, które doprowadziło do zarośnięcia jamy opłucnowej i zapadnięcia klatki piersiowej. Wreszcie, przy krwotokach z jam, na które odma nie ma wpływu. Jamy gruźlicze krwiopochodne wykazują większą łatwość leczenia się po frenikoegzerezie, aniżeli jamy powstałe na tle procesu wysiękowego, broncho- i limfogenetycznego pochodzenia.

W ogólności stwierdzić należy, że wyrwanie nerwu przeponowego jest bardzo pomocnym zabiegiem w leczeniu gruźlicy płuc.

Na zakończenie, chcąc porównać mechanizm działania odmy z mechanizmem działania wyrwania nerwu przeponowego, powiemy, że odma działa dzięki zniesieniu urazu statycznego (zmniejszona objętość płuca) i urazu dynamicznego (ruchy ściany klatki tłumią się na gazie komory odmowej i nie oddziaływują na płuco), wyrwanie zaś nerwu przeponowego działa dzięki ograniczaniu urazu statycznego (zapad płuca u podstawy — mała odma), dzięki ograniczeniu urazu dynamicznego (porażenie najpotężniejszego mięśnia oddechowego), następnie dzięki temu, że porażona przepona może funkcjonować jako błona kompensacyjna (ruch paradoksalny zaoszczędza płuco w różnych przejawach czynności oddechowych: kaszel, duszność, oddech prawidłowy).

Piśmiennictwo:

1) Guglielmetti P.: L'azione della frx. sulle cavità a seconda della loro ubicazione. — 2) Monaldi V.: Arch. Fis. 1929. 3) Monaldi V.: Fisiopatologia dell' apparato respiratorio nella tubercolosi polmonare. Roma, 1934. — 4) Morelli E.: Frenicotomia e pneumotorace artificiale. 1924.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. J. FELIX. Dr. A. MESTER. Kraków.

Przypadek guzkowatego zapalenia tętnic.

Z I.-ej Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.
Dyrektor: prof. Dr. T. Tempka.

Zapalenie guzkowate tętnic, schorzenie opisane po raz pierwszy już w r. 1866 przez Kussmaula i Meiera, nie przestaje być dotychczas przedmiotem dużego zainteresowania klinicystów i patologów. Dzieje się to przedewszystkiem spowodu niewyjaśnionej etiologji i patogenezy oraz trudności rozpoznawczych tego cierpienia za życia, spowodowanych wielopostaciowością obrazu chorobowego, często wręcz nieuchwytnością objawów klinicznych.

Temu należy właśnie przypisać fakt nielicznych stosunkowo, szczegółowo opisanych doniesień klinicznych o zapaleniu guzkowatem tętnic, mimo pojawienia się wyczerpujących prac anatomopatologicznych. Do tych nielicznych właśnie opisanych przypadków klinicznego przebiegu zapalenia guzkowatego tętnic, ogłoszonych w piśmiennictwie polskiem, dorzucamy jeden, spostrzegany w I. Klinice Chorób Wewnętrznych U. J.:

„M. G.", lat 30, rolnik, przyjęty dnia 7. IX. 1932 (Nr. historji choroby 542) do I-ej Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J., podaje, że przed 3 tygodniami pojawiły się wśród silnych dreszczów, bóle w obu stawach łokciowych i barkowych. W tydzień później dołączyły się bóle w obu stawach skokowych i kolanowych — w tymże czasie bóle w stawach kończyn górnych stały się słabsze. Bóle w stawach nasilały się w związku ze zmianami atmosferycznemi. Obrzęku ani zaczerwienienia skóry ponad bolesnemi stawami chory nie zauważył. Ciepłoty nie mierzył, miał jednak uczucie podniesionej ciepłoty. Również w tym czasie wystąpiło zaparcie stolca, dotychczas regularnego. Pozatem innych skarg nie podawał. Z chorób przebytych wymienić należy: przed 3 laty wyciek surowiczo-ropny z prawego ucha. Żonaty od 4 lat — żona rodziła 2 razy, nie roniła. Alkoholu używał miernie, palił do 10 papierosów dziennie. *Hereditas:* 0.

Badanie przedmiotowe: Chory przytomny, wzrostu średniego, o budowie i odżywieniu dobrem. T° 38,6°, zmierzona pod pachą. Skóra prawidłowo zabarwiona, gruczoły chłonne obustronne łokciowe wyczuwalne, wielkości grochu, niebolesne, przesuwalne na podstawie, niezrośnięte ze skórą. W zakresie narządów oddechania i krążenia nie stwierdza się żadnych odchyleń od stanu prawidłowego. Tętno 80, miarowe, dobrze napięte, równe. RR 110/65 mm Hg. Język wilgotny, nieobłożony, uzębienie dobre. Gardło, zwłaszcza migdałki bez dostrzegalnych zmian. W zakresie jamy brzusznej nie

stwierdza się oporów, guzów lub innych jakichkolwiek zmian. Narząd nerwowy, zmysłowy i narząd ruchu przedmiotowo bez zmian.

Badanie moczu: c. g. 1018, ślad białka, bez innych patologicznych składników. Odczyn dwuazowy ujemny. W osadzie co 2—3 pól widzenia jedna krwinka czerwona wyługowana.

Badanie krwi: o. B.: 1 h 36 mm, 2 h 86 mm (met. Westergrena), ilość Hb. i ciałek czerwonych prawidłowa. C. b. 18.600 w 1 mm³. Obraz cytologiczny krwi: pał. 6.5% (909), wieloj. 54% (10044), limf. 22.5% (4.185), mon. 9% (1674), eo. 7.5% (1395), zasad. 0.5% (930). C. cz. bez zmian.

Badanie stolca wykazało jaja glisty dżdżownicowatej *(Ascaris lumbricoides)*. Badanie treści żołądkowej stwierdziło prawidłową czynność wydzielniczą i wydalniczą żołądka. Badanie bakterjologiczne treści dwunastnicy — ujemne. Kilkakrotne posiewy krwi były zawsze jałowe. Badania serologiczne: O. Wassermanna i Meinickego ujemne; również badania serologiczne w kierunku durów jak i choroby Banga ujemne. Badania rentgenologiczne klatki piersiowej i przewodu pokarmowego nie wykryły zmian patologicznych. Badania bakterjologiczne moczu pobranego jałowo cewnikiem dały wynik ujemny.

Z przebiegu choroby w czasie pierwszego pobytu chorego na klinice zanotować należy: dnia 10. IX. pojawił się ostry ból w okolicy prawego talerza biodrowego, tudzież wymioty — ciepłota 37.2° — tętno 70, dobrze napięte, miarowe. Badanie przedmiotowe stwierdziło brak obrony mięśniowej i brak jakichkolwiek punktów bolesnych charakterystycznych dla ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Następowe badanie moczu nie wykryło patologicznych zmian, zwłaszcza nie stwierdzono krwinek czerwonych. W następnym dniu ból ten sam ustąpił. W dwa dni później pojawiły się bóle w prawem jądrze. Przedmiotowo nic się nie dało stwierdzić, — bóle te po trzech dniach również same ustąpiły. Dnia 15. IX. stwierdzono w stolcu glisty dżdżownicowate (po santoninie + kalomel). W tymże czasie bóle stawowe zupełnie ustąpiły. Ciepłota miała falisty przebieg, przyczem tętno względnie zwolnione. Kilkakrotne badania krwi stwierdzały stale znaczne przyspieszenie opadania krwinek czerwonych, dochodzące do 1 h 84 mm, 2 h 115 mm, leukocytozę wahającą się w granicach od 11.600 do 15.200 w 1 mm³. W obrazie krwi stale niewielkie przesunięcie w lewo do 7% pałeczkowych z hipereozynofilją, dochodzącą do 12% — przyczem podkreślić musimy, iż następne kilkakrotne badania stolca co do jaj pasorzytów były stale ujemne i że miesiąc upłynął od przeprowadzenia skutecznego leczenia przeciwczerwiowego. W moczu był stale ślad białka, czasami nieco wzmożona ilość urobilinogenu, tudzież od czasu do czasu nieliczne krwinki czerwone wyługowane. Chory po sześciotygodniowym pobycie, na własne żądanie opuścił klinikę, czując się wówczas dobrze. W ciągu tych 6 tygodni utracił 2 kg wagi.

Chory ten zgłosił się powtórnie po 2 miesiącach, podając, że po powrocie do domu czuł się przez 2 tygodnie dobrze tak, że w łóżku nie leżał, jednakowoż stan jego nie poprawił się tak dalece, by mógł pracować. Następnie pojawiły się bóle w nadbrzuszu i w okolicy lędźwiowej, obrzęki na stopach, tudzież bóle w kończynach dolnych. W kilka dni później pojawił się również obrzęk twarzy. Od 2 tygodni chory nie słyszy na prawe ucho — miewa uczucie szumu i bólu w tem uchu jak również ból w prawej połowie głowy. Widzi dobrze. — Stolce regularne, zbite, czerwi chory nie zauważył. Ciepłoty nie mierzył, lecz czuł, że ciepłotę miewał podwyższoną. Badanie przedmiotowe: skóra blada, znaczny obrzęk skóry twarzy. Gruczoły chłonne: obustronne karkowe, pod brzegiem prawego mięśnia kapturowego, łokciowe, w obu pachwinach, zwłaszcza po stronie prawej wyczuwalne. Są one wielkości grochu do wielkości fasoli, niebolesne, przesuwalne na podstawie, ruchome, niezrośnięte ze skórą. Serce w całości powiększone, zwłaszcza lewa komora — pierwszy ton nad końcem serca wzmożony, drugi ton nad tętnicą główną zaakcentowany. Tętno silnie napięte, miarowe 72 (przy t° 38°), równe. RR 170/125 mm Hg. Jama brzuszna: rozlana tkliwość uciskowa w nadbrzuszu, bez żadnych ograniczonych punktów bolesnych. Wątroba i śledziona niemacalne, śledziona opukowo wyraźnie powiększona, zwłaszcza ku górze. Opukiwanie okolicy nerek bolesne. Badanie *per rectum* wykazało bolesność gruczołu krokowego, zwłaszcza lewego płatu. Badanie moczu: c. g. 1020, białko ++ (4.5‰ Esbach), chlorki zmniejszone, w osadzie pojedyncze krwinki czerwone wyługowane, liczne wałeczki szkliste i ziarniste. Badanie krwi: o. B. 1 h 83 mm, 2 h 105 mm (met. Westergrena). Ilość Hb 80%, c. czerw. 3.830.000 w 1 mm³ I. — 1. C. b. 12.500 w 1 mm³, pał. 11% (1345) wieloj. 60.5%, (7.562), limf. 20% (2.500), mon. 6% (750), eoz. 2.5% (312). Stolec bez zmian. Badanie histopatologiczne gruczołu chłonnego, wyciętego z mięśnia kapturowego prawego: „Wśród tkanki łącznej ognisko nekrotyczne, zwapniałe. Niema żadnych cech ziarnicy". (Zakład Anatomji Patol. U. J. Dyr. Prof. Dr. Ciechanowski). Badania serologiczne i bakterjologiczne dały znów wyniki ujemne. Badanie okulistyczne: dno oczu bez zmian. Badanie oto-ryno-laryngologiczne: „Ropną sprawę w uszach wyklucza się. Katar sekretoryczny w obu uszach, większy w prawem. Utkanie limfatyczne w zakresie gardła, jamy nosowo-gardzielowej, korzenia języka — nie przedstawia żadnych dostrzegalnych odchyleń od normy". (Klinika Laryngol. U. J. Dyr. Prof. Dr. Baurowicz). Badanie azotu pozabiałkowego i indykanu we krwi wykazywało wartości prawidłowe. Tydzień przed skonem pojawił się w lewym sutku bolesny guzek wielkości dwudziestogroszówki, ostro odgraniczony, nieprzesuwalny na podstawie, skórę ponad nim można było ująć w fałd. Ciepłota niższa, niż za pierwszym pobytem, dochodziła wieczorami do 38°, bez falistego przebiegu. Tętno szybkie dochodziło do 120. Obrzęk twarzy stale się zwiększał. W tymże czasie wystąpiły objawy odoskrzelowego zapalenia lewego płuca z tyłu w dole. Objawy te po paru dniach ustąpiły. Badanie krwi dnia 27. XII. (cztery dni przed skonem), w czasie istnienia ogniska zapalnego w dolnym płacie lewego płuca: C. b. 13.400 w 1 mm³, pał. 12%, wieloj. 60%, limf. 16%, monoc. 12%, eoz. 0.

Ciałka czerwone okazują nieznaczną anizocytozę i pojedyncze megalocyty. Badanie szpiku kostnego, przyżyciowe, po wykonaniu nakłucia mostka metodą Arinkina, wykazało następujące dane: Układ erytroblastyczny: wyraźna anizocytoza i poikilocytoza, tudzież liczne typowe megalocyty, dochodzące do średnicy 15.5:10 μ. Pozatem liczne normoblasty ortochromatyczne i polichromatofilne — jakoteż liczne, pewne, ortochromatyczne i polichromatyczne megaloblasty — tudzież dość liczne komórki, przedstawiające wszelkie cechy typowych tak młodych jak i nieco starszych promegaloblastów. Również stwierdza się przejścia od megaloblastów do megalocytów. Układ leukoblastyczny: bardzo liczne ciałka białe, niekiedy zajmujące całe pole widzenia, z wszystkiemi przedstawicielami od myeloblastów do dojrzałych wielojądrzastych, bardzo obfite komórki plazmatyczne, pochodzenia limfoblastycznego. W obrębie ciałek białych tylko tu i ówdzie zmiany zwyrodnieniowe. Oprócz tego stwierdza się liczne komórki, jakie stwierdzaliśmy w miazdze szpiku kostnego kości udowej oraz w miazdze wątroby płodu 4.5 miesięcznego, komórki te określamy na podstawie licznych typowych przejść do myeloblastów jako promyeloblasty. Tu i ówdzie typowe komórki Ferraty. Układ megakarjocytów: liczne płytki, bardzo często w dużych skupieniach. Dnia 1. stycznia 1933 *mors subita*.

Przy różnicowaniu braliśmy w rachubę następujące sprawy chorobowe: zakażenie posocznicze, dur brzuszny, chorobę Banga i ziarnicę złośliwą. Dur brzuszny i chorobę Banga wykluczyliśmy na podstawie przebiegu choroby, obrazu krwi, ujemnych badań serologicznych i bakterjologicznych. Podobnie ziarnicę złośliwą można było wykluczyć na podstawie ujemnego badania histopatologicznego. Rozpoznanie kliniczne opiewało: *Sepsis cryptogenes chronica cum febri undulanti (lymphogranuloma???) ss. myodegeneratione cordis et nephoro-nephritide subacuta et bronchopneumonia lobi inf sin. in decursu morbi.*

Rozpoznanie anatomo-patologiczne (Zakł. Anat. Patol. U. J. Dyr. Prof. Dr. S. Ciechanowski): *Periarteriitis nodosa. Arteriosclerosis aortae. Hypertrophia et dilatatio cordis totius. Hydropericardium. Glomerulonephritis productiva et nephritis alterativa dispersa. Hypoplasia renis dextri. Suffusio mesenterii et intestini in reg. valv. Bauhini. Oedema cerebri. Ascites min. grad. Oedema et hyperaemia praec. hypostatica pulmonum. Synechiae pleurales fibrosae dextrae circumscriptae. Fibromyxoadenoma mammae sinistrae.*

Zestawiając cechy kliniczne opisanego przypadku możemy go ująć w sposób następujący:

U mężczyzny 30-letniego, uprzednio zdrowego, powstaje nagle wśród gorączki, dreszczów i ogólnego osłabienia cierpienie, sprawiające wrażenie choroby zakaźnej o cechach posoczniczych z bólami w stawach, zaznaczoną erytrocyturją, początkowo bez zmian zapalnych nerek, zwiększeniem ilości białych ciałek krwi we krwi obwodowej, nieznacznem przesunięciem obrazu w lewo i eozynofilją, powiększeniem śledziony i gruczołów chłonnych obwodowych. Cierpienie to w przebiegu powikłało się ostrem kłębkowem zapaleniem nerek i następowym przerostem serca wyrównanym, doprowadzając wśród postępującego osłabienia i niedokrwistości po upływie niespełna 4 miesięcy do nagłego zejścia śmiertelnego. Nadmienić należy, że w przebiegu cierpienia wystąpiły silne bóle nad prawym talerzem biodrowym, w nadbrzuszu i bóle w jądrze, bez równoczesnych przedmiotowo stwierdzalnych zmian. Ciepłota miała charakter falisty, wystąpiły bowiem parodniowe okresy gorączki o typie przerywanym, przedzielane bądźto okresami stanów podgorączkowych, bądźto bezgorączkowych. *Naczynia dostępne badaniu nie okazywały w ciągu całego okresu spostrzegania chorego żadnych zmian, zwłaszcza nie stwierdzało się guzkowatych zgrubień wzdłuż ich przebiegu.*

Obraz więc kliniczny ze względu na długi stosunkowo przebieg, wahający się tor gorączkowy, wysoką gorączkę, leukocytozę i przesunięcie obrazu w lewo, odczyn promyeloblastyczny szpiku kostnego, powiększenie śledziony i obwodowych gruczołów chłonnych przemawiał, pomimo ujemnych wyników badania bakterjologicznego krwi, za schorzeniem o charakterze posocznicżym. Badania anatomo-patologiczne wykonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. (Dyr. Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski), opisane dokładnie przez Wadonia, stwierdziły w tym przypadku nader charakterystyczne zmiany guzkowatego zapalenia tętnic w *naczyniach prawie wszystkich narządów wewnętrznych*. Ze względu na ważność rozpoznawczo-różniczkową należy z objawów towarzyszących w przypadku opisanym podnieść przedewszystkiem objawy brzuszne: wspomniane już nagłe silne bóle nad prawym talerzem biodrowym, pod prawym łukiem żebrowym i w dołku podsercowym.

Z innych objawów, które pojawiły się w przebiegu opisanego przez nas przypadku, podawanych zresztą często w piśmiennictwie — zasługują na uwagę zmiany w nerkach. Zmiany te zostały wyczerpująco przedstawione w monografjach anatomo-patologicznych. Gruber rozróżnia zmiany bierne i czynne w nerkach — pierwsze spowodowane krwotokami do łożyska nerki, względnie przez niedokrwienie, wywołujące zmiany następowe w miąższu nerkowym, — drugie — przez ten sam nieznany czynnik zakaźno-toksyczny zapalenia guzkowatego tętnic, który spowodował równoczesne kłębkowe zapalenie nerek. I w naszym przypadku stwierdzić można było początkowo objawy wskazujące jedynie na zawał, a dopiero później wystąpiły objawy kłębkowego zapalenia nerek.

Również bóle w stawach, będące w opisanym przypadku, poza gorączką, zwiastunem tego ciężkiego schorzenia, bóle w jądrach i eozynofilja, — wszystko to są zmiany występujące w przypadkach guzkowatego zapalenia tętnic. Z tem tylko zastrzeżeniem, że eozynofilja, tłumaczona przez niektórych autorów jako jeden z dowodów hiperergicznej teorji oddziaływania tętnic na nieswoisty bodziec zakaźny, nie może być podana w spostrzeganym przez nas przypadku jako zmiana charakterystyczna dla tego cierpienia, znaleziono bowiem w kale chorego jaja glisty dżdżownicowatej.

Tak się przedstawia epikrytycznie nasz przypadek przesłany do sekcji, i podobnież jak prawie we wszystkich dotychczas ogłoszonych historjach chorób, wynik badania histopatologicznego był niespodziewany. Na niespełna 200 przypadków ogłoszonych dotychczas w piśmiennictwie światowem, zaledwie w paru rozpoznano zapalenie guzkowate tętnic za życia. Zazwyczaj jednak rozpoznawano cierpienie to na stole sekcyjnym, i to często nie makroskopowo, lecz dopiero po badaniu histopatologicznem; niekiedy też — *in vivo*, lecz również po uprzedniem zbadaniu histologicznem do tego celu pobranego, lub przypadkowo wyciętego materjału. W związku z tem zaznaczyć pragniemy, że jest rzeczą niezmiernie ważną, aby w każdym przypadku wielopostaciowego obrazu klinicznego z gorączkami septycznemi i ujemnemi wynikami badań bakterjologicznych krwi, przebiegającego z równoczesnem zapaleniem nerek i kolką brzuszną (lub z objawami dusznicy bolesnej), lecz bez równoczesnego zajęcia wsierdzia, brano zawsze w rachubę rozważań rozpoznawczo-różniczkowych i zapalenie guzkowate tętnic. Być może, że zmniejszy się wówczas przez należyte rozpoznanie liczba t. zw. skrytych posocznic. W pewnej ilości tych przypadków da może badanie histologiczne wyciętego próbnie materjału — wyniki dodatnie.

Obraz kliniczny cechuje się nieuchwytnością objawów, niejasne są też po dzień dzisiejszy patogeneza i etjologja tego cierpienia. Trzy teorje czekają dotychczas rozstrzygnięcia, mimo że upłynęło już blisko 68 lat od pierwszego doniesienia: 1) zakażenia swoistego, 2) ustrojowa i 3) nieswoisto-toksyczna, przyjmująca guzkowate zapalenie tętnic za wynik hiperergicznego oddziaływania tętnic na nieswoiste bodźce zakaźne. Najwięcej zwolenników zyskała teorja ostatnia (Grubera), jakkolwiek niewątpliwie jest ona jeszcze w granicach przypuszczeń i nie jest dostatecznie doświadczalnie potwierdzona. Teorje swoistego zakażenia i ustrojowa nie uzyskały prawa obywatelstwa. Przynajmniej dotychczas — gdyż, pominąwszy kiłę, której większość autorów nie uważa obecnie za swoistą przyczynę zapalenia guzkowatego tętnic, nie zdołano wykazać żadnego swoistego zarazka, a liczne badania doświadczalne nie dały również wyników. W piśmiennictwie podawane są natomiast prawie wszystkie możliwe zakażenia naszej szerokości geograficznej, choć niebrak tu przypadków dotyczących poprzednio zdrowych osób (Sternberg). W naszym przypadku w grę wchodzićby ewentualnie mogła przewlekła sprawa chorobowa w uchu środkowem względnie alergizujący czynnik w postaci czerwi u osobnika ze szczególną konstytucją. Zaznaczyć jednak pragniemy, że jeżeli tak mnogie i często podawane rzekome możliwości przyczynowe zapalenia guzkowatego tętnic odpowiadają prawdzie, to dziwić nas musi stosunkowo mała ilość ogłoszonych dotychczas przypadków tego schorzenia.

Rokowanie guzkowatego zapalenia tętnic jest bardzo niekorzystne, śmiertelność wynosi około 95%. Być może, że odsetek wyleczonych jest jednakże większy, gdyż wyleczenie nastąpić mogło w przypadkach nierozpoznanych i tem samem nieogłaszanych. Jest bowiem rzeczą stwierdzoną, że wyleczenie guzkowatego zapalenia tętnic nastąpić może nietylko pod względem klinicznym, ale i anatomicznym (Schmorl). Oczywiście, że mowa jest raczej o samowyleczeniu, — nie rozporządzamy bowiem, wobec niejasności sprawy chorobowej, żadną w tym kierunku terapją przyczynową.

Na zakończenie zaznaczyć pragniemy, że doniesienie nasze ma znaczenie jedynie kazuistyczne, przysparzając skąpemu na ten temat piśmiennictwu polskiemu (Krzyszkowski, Hornowski, Janusz, Wadoń, Nowak) jeden przypadek dokładnie klinicznie opracowany. Być może, że przyczyni się też w pewnej mierze do częstszego uwzględniania guzkowatego zapalenia tętnic w rozważaniach różniczkowo-rozpoznawczych cierpień niejasnych, o charakterze posocznicznym „ukrytym".

Piśmiennictwo:

1) Blum. W. klin. Wschr., 1930, Str. 40. — 2) Brinkmann. M. med. Wschr., 1922, Str. 703. — 3) Christeller. Arch. f. Verdaungskrankh., 1926, Str. 249. — 4) Gagstatter. Wiener klin. Wschr. 1934. Str. 332. — 5) Gruber. Virchows Arch. 1923, Tom. 245; 1926 Tom. 258. Klin. Wschr. Tom. 4. Z. 41. — 6) Hornowski. Prace Zakładów Anat. Patol. Uniw. Polskich. T. 1. — 7) Janusz. Tamże, T. 2. — 8) Keegan. The Archives of intern. Medicin. 1925. Str. 189. — 9) Kussmaul i Meier. D. Arch. f. klin. Med., 1866, Str. 484. — 10) Krzyszkowski. Przegląd Lek. 1899 r. Nr. 3—4—5. — 11) Lamb. The Archives of intern. Medicin, 1914, Str. 481. — 12) Meyer. B. klin. Wschr. 1921. Str. 473. — 13) Nowak: Polska Gaz. Lek. 1933 r. Nr. 31. — 14) Ophüls. The Archives of intern. Medicin, 1914, Str. 481. — 15) Schmorl: Verhandl., d. deutsch., path. Gesellsch., cyt. wg. Grubera. — 16) Schrötter. W. klin. Wschr., 1899, Str. 404. — 17) Stengel. D. Arch. f. klin. Med., 1930, Str. 1. — 18) Tempka i Braun. 48 Bd. Z. 3/4. 1932. — 19) Wadoń. Polska Gaz. Lek. 1933 r. Nr. 14. i 15.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna Praktyczna. Z. 8. 1934. Cieszyński F.: Systematyczna walka z kiłą wrodzoną jako zagadnienie społeczne. Łobacz St.: Leczenie rwy kulszowej propidonem. — Brossowa J.: Wrzód goleni i jego leczenie.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 10. 1934. Baumgarten J.: System pobierania składek ubezpieczeniowych. — Greniewski H.: Minimalna rentowność lokat zakładów emerytalnych. — Kon J.: Konsekwencje systemu jednolitej składki w społecznem ubezpieczeniu chorobowem. — Wilczyński H.: Wyjaśnienie do szematu „Lekarza domowego". — Łomnicki Z.: O składce za ubezpieczenie od wypadków w rolnictwie. — Stawiński M.: Ekonomiczne lecznictwo w instytucjach ubezpieczeń społecznych. — St.: Przejęcie świadczeń niemieckich przez polskie ubezpieczenie społeczne. — Zarewicz A.: Lekarze domowi w świetle cyfr. — Landau L.: W sprawie reformy ubezpieczeń społecznych i nadmiernego obciążenia składkami ubezpieczeniowemi.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 37. 1934. Bychowski Z.: Z fizjologji i patologji przysadki mózgowej (dok.). — Pinczewski J. i Melrak J.: Napady wegetatywne z dodatnim odczynem hiperwentylacyjnym. O poziomie wapnia we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym. — Kaplan A., Fryszman W. i Kramarz J.: Przypadek anemji aplastycznej. — Hufnagel J.: Nieswoiste i swoiste nacieki tkanki płucnej (Str. pogl.). — Falencik W.: Zagadnienia leczenia gruźlicy płuc wyciągami ze śledziony (dok.). — Adamowiczowa S. i Kacprzak M.: Koszty opieki lekarskiej.

Wiadomości Weterynaryjne. T. XIII. Nr. 170. 1934. Walkiewicz W.: Grzybica żołądka u świń. — Wysokiński J.: Działanie bakterjobójcze kwasu mlekowego na drobnoustroje ropne in vitro, oraz wpływ jego na zaburzenia przy procesach ropnych, wywołanych przez te drobnoustroje.

Medycyna. Nr. 18. 1934. Karaffa-Korbutt K.: Trzydziestolecie działalności naukowej prof. Dr. fil. i med. Witolda Gądzikiewicza. — Bednarski W.: W sprawie badania zapylenia powietrza pyłomierzami Owensa. — Bednarski W.: O dobieraniu tkanin odpowiednich na koszulki do katatermometru Hill'a. Bier W.: Tezy dla projektu ustawowych przepisów o wyrobie i handlu napojami chłodzącemi i gazowanemi. — Bortkiewicz-Rodziewiczowa J.: Wpływ ciepłoty wody, w której się ogrzewa zbiornik katatermometru, na wielkość H i H1. — Cwojdzińska J.: Własności bakterjobójcze niektórych estrów kwasu p-oksybenzoesowego. — Gans H.: Hałas, jego wpływ na zdrowie i sposoby badania stosowane w higjenie. — Kasperowicz F.: O zastosowaniu „Callophanu" do badań wstępnych masła. — Kasperowicz F.: Badanie napojów chłodzących wyrabianych w Wilnie. — Ławrynowicz A.: Badanie bakterjologiczne mleka. — Nowicki A.: Badanie sanitarne wileńskich przetworów mięsnych. — Pisekówna H.: Korelacje epidemjologiczne. — Rakoczy J.: Przepuszczalność tkanin dla promieni ultrafioletowych. — Rapczewski J.: Przyczynek do parazytologji zboża polskiego. — Safarewicz A.: Zapadalność na tyfus brzuszny w Wilnie w latach 1929—1933. — Wisłouch-Smreczyńska J.: O biologicznych badaniach zanieczyszczeń górnej Wisły.

Biologja Lekarska. Z. 4. 1934. Thiroux A.: Witaminy i awitaminozy.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 40. 1934. Włodarczyk J.: Zabezpieczenie budynków i mieszkań przed napadami lotniczo-gazowemi (dok.).

Klinika Współczesna. Miesięcznik Referatowy. Nr. 9. 1934.

OCENY.

Polski Słownik Lekarski. GIEDROYĆ FR. Warszawa. Wydawn. Kasy im. Mianowskiego, tom. I — II, 1931 — 1933, 8^0, str. XVI + 654, 719, dwukolumn.

Niepodobna oceniać tego olbrzymiego dzieła, nie uprzytomniwszy sobie bodaj w krótkości jego genezy oraz celu. Jest ono, można bez przesady powiedzieć, owocem pracy całego życia człowieka, który całkowicie poświęcił się zbieraniu materjałów do dziejów medycyny polskiej. W ciągu tej wieloletniej pracy, której ukoronowaniem są *„Źródła biograficzno-bibljograficzne do dziejów medycyny polskiej"*, stale Prof. Giedroyć spotykał wyrazy staropolskie treści lekarskiej, których znaczenia niejednokrotnie tylko domyśleć się można było pośrednio. Początkowo spisywał je dla siebie, sczasem zrodził się zamiar ułożenia zbioru takich nazw przestarzałych, obcych dzisiejszemu lekarzowi. W toku urzeczywistniania tych zamierzeń zjawił się na drodze życia autora Stanisław Krysiński ze swemi planami stworzenia *Dictionarium medicum septem linguarum.* Jako współpracownik tego słownika autor dostarczył słowniczka dermatologicznego, niestety śmierć Krysińskiego przekreśliła wszystkie te plany, dostarczone rękopisy bez śladu zaginęły. Pozostały jednak Prof. Giedroyciowi materjały do zamierzonego pierwotnie słownika archaicznego i do opracowanego następnie słowniczka dermatologicznego. Te właśnie materjały stały się podstawą dla omawianego słownika; zmienił się tylko zakres planu, postać słownika i jego cel.

Krysiński projektował słownik wielojęzyczny, Prof. Giedroyć zaniechał tej myśli, ograniczając się do mianownictwa polskiego; obcych nazw używa tylko jako objaśnień. Natomiast poszczególne nazwy ilustruje przykładami, wyjątkami z dawnych autorów — tak jak się to czyni w słownikach ogólnych.

Uwagi te powinny wystarczyć dla zrozumienia celu, jaki sobie autor wytknął. Nie chodziło mu o zadania dydaktyczne, o stworzenie kodeksu mianownictwa lekarskiego, lecz tylko i wyłącznie o urzeczywistnienie zadań archiwalno-historycznych. Śmiałbym tylko zrobić drobny, natury raczej formalnej, zarzut czcigodnemu autorowi: ten cel Słownika należało w jakiś sposób zaznaczyć w tytule dzieła. Każdy lekarz, ujrzawszy na półkach księgarskich „Polski Słownik Lekarski", będzie przekonany, że chodzi tu o słownik terminologiczny. Tytułem odpowiadającym założeniu byłby np.: Materjały dziejowe do Polskiego Słownika Lekarskiego, lub t. p. Możnaby w ten sposób uniknąć wielu zarzutów, które wobec wyszczególnionego powyżej założenia dzieła padną oczywiście w próżnię, niemniej jednak krzywdząco „przylepią się" do omawianego dzieła.

Słownik Prof. Giedroycia nie zawiera przeto żadnych nowych nazw, ani wskazówek, którą z rozmaitych nazw uważać należy za najwłaściwszą. Pominięte zostały nazwy cudzoziemskie o pozorach polskości, z wyjątkiem tych, które weszły już do mowy potocznej. Nie pominięto też gwar. Z drugiej strony musiał autor sprostować mnóstwo błędów, które po rozmaitych słownikach się tułają; powstały one nierzadko stąd, iż dany autor nie znając medycyny musiał w sprawach lekarskiego mianownictwa zabierać głos, co zawsze wychodziło na niekorzyść medycynie. Taki klasyczny przykład z Lindego: „Stulejka, choroba, *gatunek szankra, phymosis".* Tu widać, że historją medycyny może się kompetentnie zajmować tylko lekarz.

Słownik obejmuje materjał piśmiennictwa lekarskiego polskiego po rok 1900. Nazwy późniejsze uwzględnione są tylko przygodnie. Słownik nie uwzględnia dziejów weterynarji oraz farmakologji, a więc mian chemicznych i botanicznych. Tylko niektóre leki ludowe wydobyte zostały ze skarbca przeszłości.

Każdy lekarz, przeglądając Słownik Prof. Giedroycia, zdumiony będzie, jak trafne były słowa ojca chirurgji polskiej Ludwika Bierkowskiego, użyte przez autora za motto dzieła: „Powstało wiele wyrazów, które choć w polskiem odzieniu, chodzą jak cudzoziemcy po kraju, gdy tymczasem bogata ojców naszych mowa, tyle prawdziwie trafnych nazw i wyrażeń w sobie mieszcząca, przez opieszałość tylko pisarzy późniejszych pod tym względem zaniedbaną została". Będzie wiekopomną zasługą czcigodnego autora, że rzucił podwaliny historyczne pod polskie mianownictwo lekarskie. Dziś bowiem coraz bardziej paląca staje się potrzeba wydania nowego słownika polskiej terminologji lekarskiej. Znakomity „Słownik lekarski polski", wydany przez Browicza, Ciechanowskiego, Domańskiego i Kryńskiego w roku 1905, wymaga nowego opracowania. Uzupełnienia muszą iść w kierunku spolszczenia mnóstwa nazw nowych lub dawnych, używanych wciąż jeszcze w brzmieniu obcem. Każdy przyzna, że zamiast neologizmów lepiej wprowadzić historyczne nazwy. Bez Słownika Prof. Giedroycia przyszła redakcja kroku nie będzie mogła zrobić. Podany w drugiej części skorowidz jednoznaczników polskich pozwoli w przyszłości bez trudu ocenić, które miana przejść muszą ostatecznie do historji, a które będzie można spożytkować dla nowoczesnego mianownictwa lekarskiego. Tutaj Prof. Giedroyć spełnił słowa Lindego: „Ten największą językowi robi przysługę, kto go w całej obszerności w jedno zebrawszy podaje do potomności".

Zarówno historyk medycyny jak i każdy inny lekarz może się dużo nauczyć, przeglądając Słownik Prof. Giedroycia. Używamy mnóstwa wyrazów, nie zdając sobie sprawy z ich genezy lub z ich pierwotnego znaczenia. Mało kto wie, że np. nazwa „kiła" dawniej bynajmniej nie oznaczała syfilisu, lecz przepuklinę. Przykładów takich mnóstwo możnaby naliczyć. Wszystkie takie szczegóły trzeba będzie rozważyć przy redakcji przyszłego słownika terminologicznego.

Zewnętrzne wyposażenie omawianego dzieła bardzo staranne. Może tylko korekta trochę pozostawia do życzenia. Dzieła tego nie powinno braknąć w żadnej bibljotece lekarskiej publicznej czy prywatnej. A już dla każdego pracownika na niwie historji medycyny polskiej jest to dzieło niezbędne. Ma ono ponadto znaczenie propagandowe dla polskiej kultury: polska medycyna, jak wogóle polska nauka, ma wielowiekowe tradycje. Bogactwo języka świadczy zawsze o bogactwie kultury. Na takie momenty powinny większą uwagę zwracać czynniki, zajęte propagandą zagraniczną. Owoc żmudnych badań polskiego uczonego zasługuje więc zewszechmiar na pełne uznanie.

Doc. Dr. T. Bilikiewicz (Kraków).

Travaux pratiques de physique médicale. (Ćwiczenia z fizyki lekarskiej). S. TURCHINI. Masson Co, Paryż, 1930. Z przedmową A. Strohla. Stron VII + 115.

Autor wychodzi z założenia, że studenci medycyny nie mogą należycie zapoznać się na klinikach z technicznemi szczegółami przyrządów fizyczno-lekarskich, bo aparatura jest na klinice w stałem użyciu i nie można jej dowolnie demontować dla celów dydaktycznych. Tę lukę powinny wypełnić specjalne kursy, na którychby medycy mieli do dyspozycji aparaty nieużywane i rozmontowane. Niniejsza książeczka powstała jako podręcznik dla takiego właśnie kursu, prowadzonego na Wydziale Lekarskim w Paryżu przez autora.

Treść — widocznie w dostosowaniu do specjalnych warunków miejscowych — uwzględnia tylko niektóre działy „fizyki lekarskiej" i to w stopniu bardzo nierównomiernym. Tak np. radjologji poświęcił autor 40 stron, optyce klinicznej (wyłącznie okulistycznej) również 40 stron, zaś na pozostałych 35 stronach pomieścił: diagnostykę zapomocą drażnienia prądem, diatermję, rezonator Oudina, pomiar ciśnienia krwi, kryoskopię, ultramikroskopję i oznaczanie przemiany podstawowej.

Przeszło 50 rycin ułatwia zrozumienie zwięzłych opisów przyrządów i metod. *J. Heller* (Lwów).

Voyage au bout de la nuit. (Podróż do kresów nocy). LOUIS FERDINAND CÉLINE. De Noël et Steele, éditeurs. Paris 1932. Str. 606.

Życie lekarskie i zagadnienia medycyny bywały nieraz tematem beletrystów naszych i obcych. Znamy wszyscy ideowe postacie lekarzy Żeromskiego z bohaterskim Judymem na czele, poczytne są świeżej daty: „Zazdrość i medycyna", „Zachorowałem", z obcych — dawna „*Morticoles*" Daudet'a syna i nowsza „Czarodziejska Góra" Manna, ale w żadnym z tych utworów lekarze i ich sprawy nie zajmują tyle miejsca, żaden nie przemawia w sposób tak jaskrawy i rażący, jak utwór powieściowy Céline'a (w przekładzie polskim „Podróż do kresów nocy").

Aczkolwiek rozległa ta powieść została przez pewien odłam naszej krytyki literackiej oceniona wysoko jako utwór sztandarowy w duchu najnowszych prądów twórczości — w piśmie lekarskiem mówić będę wyłącznie o rzeczach nas dotyczących. Pominąć jednak nie można języka rowów strzeleckich, brutalności scen i rozmów, ani nikczemnego stanowiska wobec własnej ojczyzny podczas wojny: tchórzliwy lekarz zostaje jako nieuleczalny neurastenik relegowany z frontu, który opuszcza z zadowoleniem, wymyślając na „głupie" żądanie poświęcania się.

Sprawy lekarskie są tu przedstawione w dwu różnych płaszczyznach: jako przeżycia młodego i źle przygotowanego do swego zawodu lekarza oraz jako bytowanie twórców wiedzy — uczonych. Życie osobiste to nędzna walka o byt, zdobywanie franków od klijenteli, niemającej czem płacić; stąd wrogi wzajemnie stosunek stron obu. Na szczytach — bezmyślność, rutyna, martwota nawet w sławnym Instytucie Pasteura. Nietylko sam instytut odmalowany jako dom stęchlizny, ale i wielki jego twórca ośmieszony, jako manjak i dziwak. „Nie było (zrana) w tych pracowniach ani uczonych, ani publiczności — tylko sprzęty rozrzucone w nieładzie, trupy wypaproszonych zwierząt, resztki papierosów, klatki z duszącemi się myszami, książki i pył, zapach tytoniu i odór uryny...

Jest to winą tego Bijodureta (Pasteura), że już od półwiecza chmara młodych ludzi pcha się (sic!) na drogę naukową — i wychodzi stąd tylko niezadowolonych co z konserwatorjum. Prawdziwy uczony poświęca dwadzieścia lat pracy, aby dokonać większego wynalazku, co dowodzi, że zapał jednych nie stanowi szczęścia dla innych. Obłęd naukowy — delirjum — jako bardziej logiczny i chłodny niż inny jest najmniej znośny". Tak przemawia tu autor, zawiedziony do gruntu pesymista. A osoba genjalnego Pasteura?

— „Widział pan mojego posługacza, Kolego? widział pan tego kretyna? — oto już blisko 30 lat, jak zamiatając śmiecie, słucha on tu rozmowy naukowe i dziś on jeden wierzy na serjo: pitrasząc moje hodowle, znajduje je doskonałemi! Naśladuje on wielkiego Bijodureta w ubraniu i zaroście. Pan nie zauważył? w istocie wielki Bijoduret różnił się od mego sługi jedynie rozgłosem światowym i rozmachem swych upodobań. Ze swojem zamiłowaniem do doskonałego mycia flaszek i do niewiarogodnego czuwania nad plenieniem się moli wydawał mi się on zawsze potwornie pospolitym, ten wielki genjusz doświadczalny. Proszę mu odjąć nieco z jego zadziwiającego skąpstwa — i powiedzieć, co w nim pozostanie godnego podziwu? Odstręczająca postać drwiącego Konsierża. Oto wszystko"[1]).

Jak widać z powyższych sądów i drwin, nie jest tu Pasteur ujęty i krytykowany głębiej i ideowo z punktu widzenia nowych prądów naukowych — ma być tylko odpowiedzialny za losy naśladowców i wyznawców bez talentu.

Nie poprzestaje autor na tak drastycznem odtwarzaniu spraw bieżących medycyny francuskiej, ale ustami przeżytego i rozstrojonego Dra Barytona wygłasza napół szaleńcze rozważania na temat „dokąd my idziemy?" — „Czy można być spokojnym o los naszej sprawy i zdrowego sensu? Niema białego, niema czarnego... wszystko się rozłazi (sic!). To jest nowy rodzaj, to jest moda. Wszystko upadnie, wszystko upada to wam przepowiadam ja stary Baryton, i w niedługim czasie".

Że utwór powieściowy Céline'a, przemawiając tak jaskrawo, nie zaważy ani na losie medycyny, ani lekarzy — to pewna. Ale swoją drogą stanowi on dosadny wyraz myśli i pojęć pokolenia powojennego: jest to głos niezadowolenia i buntu nowszej generacji lekarskiej we Francji a przetłumaczony na obce języki budzi i szerzy niepokój co do stanu zawodu lekarskiego i sławnej dotąd medycyny francuskiej. W umysłach szczerych przyjaciół Francji po przeczytaniu tej książki pozostają refleksje i wrażenia wyłącznie smutne i przygnębiające.

K. Łokczewski (Częstochowa).

---

[1]) Tłumaczenie referenta.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Tematy ogólne.

Sport u kobiet. F. H. LORENTZ. Ztschf. f. Geb. u. Gyn. T. 105. Z. 2. 1933.

Autor rozwodzi się szeroko nad potrzebą rozwoju sportu u kobiet i stara się udowodnić, że mimo odmiennej budowy ciała powinna kobieta uprawiać te same rodzaje sportów co mężczyzna (z wyjątkiem ciężkiej atletyki). Kształcenie ducha i ciała, rozwój w kierunku piękna idealnego, przygotowanie do macierzyństwa oraz przeszczepianie w dalsze pokolenia tężyzny — oto cele, jakie powinny przyświecać kobiecie uprawiającej sporty. Współzawodnictwo i rekordy uważa autor za potrzebne. Osłabienie kobiety w czasie perjodu i niezdolność jej do wyczynów w tym okresie uważa autor za przesąd i skutki fałszywego wychowania. Rozszerzenie się pierścienia barkowego i utrata tłuszczu na udach jako skutki ćwiczeń fizycznych zbliżają kobietę, według autora, do idealnego piękna rzeźby greckiej. Pracę tę, niebardzo przekonywującą, cechuje wyraźna tendencyjność.

Z. Rychlowski (Lwów).

Doniesienie o śmierci i nekrolog wielce zasłużonego, długoletniego redaktora Lječničkiego Vjesnika Dr. Vladimira Jelovšeka, zmarłego 3 maja b. r. Liječnički Vjesnik. Nr. 6. 1934.

R. L. (Lwów).

Patologja.

Próba objektywnego określenia bólu. (Galwaniczna próba na ból). E. ZALKINDSON (Leningrad). Klin. Med. T. XII. Nr. 6. 1934.

Przy bólu stwierdza się w miejscach promieniowania bólu na skórę — odpowiednie odcinki o zmniejszonym oporze na prąd stały. Stopień obniżenia oporu skóry mniejwięcej odpowiada subjektywnemu uczuciu bólu. W razie braku bólu próba galwaniczna na ból wypada ujemnie, nawet w obecności zmian patologicznych. Próbę wykonywano przy bólach brzucha i pleców wskutek schorzeń organicznych żołądka, dwunastnicy i wątroby.

Dalsze badania mają wyjaśnić znaczenie tej metody dla rozpoznania schorzeń stawowych, neuralgji i innych. Wskazaną jest obserwacja zmian, jakie zachodzą pod wpływem leczenia, a szczególnie terapji fizykalnej. *M. Segal* (Lwów).

Zaburzenia w krążeniu w następstwie podwiązania r. circumflexus tętnicy wieńcowej lewej serca. E. BRAUN-MENENDEZ i O. ORIAS. C. R. de la Soc. Biol. T. 116. Nr. 20. 1934.

Zapisując ciśnienie w komorze lewej serca i w aorcie u 24 psów (przy pomocy manometrów optycznych Wiggersa) po podwiązaniu *r. circumflexus* tętnicy wieńcowej lewej stwierdzili autorowie w 12 przypadkach postępującą hipodynamję i migotanie prowadzące do zejścia. W 7 zaś doświadczeniach spostrzeżono objawy kompensacyjne, gdzie ciśnienie było podniesione w czasie półgodzinnej obserwacji. W 5 zaś przypadkach serce z początku dynamicznie zupełnie wydolne w 2 do 5 minut po założeniu podwiązki wchodziło w stan migotania przedsionków i komór. We wszystkich zaś przypadkach stwierdzono w pierwszej minucie skrócenie okresu ekspulzji skurczowej i ścieśnienie się okresu krzywej kardjograficznej; równocześnie zachodziło trwałe powiększenie się ciśnienia rozkurczowego śródkomorowego oraz widoczna rozstrzeń serca. W żadnym przypadku nie stwierdzono objawów zastoju płucnego. Można przypuszczać, że czynność włókien obszaru niedokrwionego (skutkiem podwiązania tętnicy) ulega zaburzeniom. Ścieśnienie się fazy początkowej i skrócenie skurczu są przypuszczalnie następstwem bardziej szybszego narastania ciśnienia oraz krótszej długości trwania skurczu w obszarze zanemizowanym; są to charakterystyczne objawy, jakie się stwierdza w asfiksji serca. Zwiększenie się ciśnienia rozkurczowego jest oznaką niewydolności czynnościowej; jeśli jest ona silnie zaznaczona to rozstrzeń i hipodynamja dalej postępują, lecz jeśli zaburzenie jest małych rozmiarów, na mniejszej przestrzeni to objawy kompensacyjne występują na plan pierwszy. Nigdy nie zaobserwowano kompletnego przywrócenia równowagi czynnościowej serca, mogącejby świadczyć o wytworzeniu się krążenia obocznego w obszarze zmienionym przez podwiązanie tętnicy. *W. S. Holobut* (Lwów).

O rozwijaniu się procesów dystroficznych przy zajęciu (afekcji) górnych sympatycznych zwojów szyjnych. S. J. HALPERIN. Arch. Biol. Nauk (Leningrad). T. 33. Nr. 1/2. 1933.

Punktem wyjścia pracy niniejszej stało się spostrzeżenie dokonane przez Iwanowa, że jednym ze stałych objawów przy zajęciu guza szarego *(tuber cinercum)* są występujące zawsze

przytem zmiany degeneratywne elementów nerwowych górnych zwojów szyjnych. W uśpieniu eterowem autor odsłaniał psu górny sympatyczny zwój szyjny i wstrzykiwał weń zwolna 1—2 kropel żółci względnie bardzo drobne ilości olejku krotonowego. W następstwie tego rozwijały się u zwierząt charakterystyczne procesy dystroficzne analogiczne do tych, jakie obserwowali uprzednio w swych doświadczeniach Skoblo, Pigaljew przy doświadczalnem zajęciu guzów szarych mózgowia. Autor dochodzi do następujących wniosków. Przy drażnieniu chemicznem jednego lub obu górnych zwojów szyjnych u psów rozwijają się procesy dystroficzne w swych podstawowych charakterystykach identyczne z temi, jakie znajdujemy przy różnorakich doświadczalnie wywołanych urazach ośrodkowego systemu nerwowego jak też i przy uszkodzeniach nerwów obwodowych wywołanych na drodze chemicznej i biologicznej. Procesy owe przebiegają przez pewien czas w sposób utajony i skryty, zanim uwidocznią się w typowych, stereotypowych swych postaciach. Przebieg tych zmian do pewnego stopnia jest uniezależniony etjologicznie, można je wywołać bowiem z różnych punktów układu nerwowego, tak sympatycznego jak i animalnego. Doświadczenia powyższe stwierdzają wyraźnie wzajemną zależność w pracy poszczególnych licznych składowych części układu nerwowego, jak i zarazem potwierdzają dawniejsze obserwacje Orbeli'ego o istnieniu unerwienia ośrodkowego układu nerwowego ze strony systemu wegetatywnego. *W. S. Hołobut* (Lwów).

Wpływ niektórych pochodnych choliny na przemianę podstawową. V. EMMER. Čas. Lék. Česk. 1933. Z. 45.

Autor badał w 14 przypadkach zachowanie się przemiany podstawowej i poziomu cukru we krwi po pozajelitowem podaniu pochodnych choliny — *kathesinu* i *neokathesinu*. W większości przypadków przemiana podstawowa wzrastała, poziom cukru zaś spadał. W przypadkach przewlekłego doustnego podawania *neokathesinu* następował po początkowym wzroście przemiany stały spadek. Tłumaczenie tych spraw jest narazie hipotetyczne, przypisuje pewne znaczenie i wpływ wegetatywnemu układowi nerwowemu. *Ungar* (Lwów).

Hormon przedniego płatu przysadki w wydzielinie z pochwy. KAHOVU FUKUSHIMA. Zbl. f. Gyn. Nr. 9. 1934.

Wydzielinę z pochwy ciężarnej w ilości 0.3—0.5 cm^3 rozcieńczoną wodą 5—10-krotnie wstrzykiwano myszkom infantylnym według metody podanej przez Aschheim-Zondeka dla próby ciążowej z moczu.

Z wydzieliny w II-III mies. ciąży otrzymano reakcję II (punkty krwawe), z wydzieliną późniejszych okresów ciąży reakcję I (dojrzewanie pęcherzyków). *M. Segal* (Lwów).

W sprawie ronnego działania folikuliny. T. KELLER i S. SKOWRON. Ginek. Pol. T. XIII. Z. IV—VI. 1934.

Omawiając doświadczenia Courriera i Kehla nad wywoływaniem poronienia u królic wstrzyknięciem hormonu pęcherzykowego autorowie stwierdzają na podstawie własnych obserwacyj, że śmierć zarodków i następcza ich embrjoliza wzgl. poronienie w okresach późniejszych wywołuje folikulina przez zaburzenia w krążeniu łożyskowem. Możliwe nawet, że zahamowanie czynności ciałka żółtego nie odgrywa przytem większego znaczenia. Autorowie stwierdzają ponadto, że obumarcie zarodków pod wpływem hormonu pęcherzykowego zależy nietylko od samej ilości folikuliny wyrażonej w jednostkach, lecz także od rozłożenia tej ilości na poszczególne dawki, od rozpuszczalnika i samej postaci chemicznej hormonu.

M. Segal (Lwów).

Obserwacje kliniczne nad działaniem oleju kamforowego uzyskanego z jednorocznej rośliny trawiastej Ocimium Cannum. D. RAPAPORT. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 12. 1934.

Roślinę tę hoduje się na Krymie, ażeby uniezależnić się od importu japońskiej kamfory. Badaniem ciśnienia krwi, tętna (rytm, wypełnienie, szybkość), tonów serca, oddechu (szybkość, głębokość), ciepłoty i stanu ogólnego — stwierdzono niewątpliwą aktywność tej namiastki kamfory, która prawie nie różni się od kamfory japońskiej. *M. Segal* (Lwów).

Mechanizm hamowania wydzielania żołądka przez cukry wprowadzone do dwunastnicy i jelita czczego. G. MATTHES. Ztsch. f. klin. Med. B. 126. Str. 641—651.

Przypuszczano, że hamujące działanie cukrów, wprowadzonych do dwunastnicy, na wydzielanie żołądka zależy od ich własności glikogenotwórczych. Tymczasem okazało się, że wszystkie cukry wprowadzone do dwunastnicy jednakowo hamują wydzielanie żołądka, chociaż są w różnym stopniu glikogenotwórcze. Taksamo działa kwas mlekowy. Glikogenotwórcza gliceryna, gliceroza (produkt utlenienia gliceryny) i salabroza (węglowodan zbliżony do dekstryny) nie hamują wydzielania żołądka, o ile nie wystąpi po nich biegunka. Wniosek, że hamowanie wydzielania żołądka nie jest zależne od tworzenia glikogenu; cukry nie wywoływały biegunki, więc nie ona jest powodem zahamowania wydzielania żołądka. Prawdopodobny mechanizm: krótki, śródścienny odruch drogą podotrzewnowych splotów nerwowych. *H. Długosz* (Lwów).

Wydzielniczość żołądka w durze brzusznym. G. BOEHM. Minerva Medica. Nr. 24. 1934.

Autor badał wydzielniczość żołądka po wstrzyknięciu histaminy u 12 chorych na dur brzuszny w różnych okresach choroby. Stwierdził, że wydzielniczość żołądka (wolny kwas solny, całkowita kwasota, pepsyna, podpuszczka) jest zupełnie prawidłowa. *Mester* (Kraków).

Ciśnienie tętnicze przy zakażeniu reumatycznem. G. R. BRITANISZSKIJ. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 7. 1934.

Na podstawie zbadania ciśnienia krwi w 500 przypadkach zakażenia reumatycznego stwierdził a. hipotonję (ciśnienie maksymalne poniżej 100 mm) w 17% wszystkich przypadków. Przy reumatyzmie z ostrym początkiem (postać wielostawowa) stwierdza się wyraźną tendencję do hipotonji niezależnie od wieku, a szczególnie po 40 latach. U reumatyków z wadami serca pomimo skłonności do hipotonji stwierdza się jednostajność średnich liczb ciśnienia maksymalnego.

Nadciśnienie przy zakażeniu reumatycznem stwierdza się znacznie rzadziej (7.6%). *M. Segal* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Krwiaki podpajęczynówkowe i tętniaki mózgowe. E. MONIZ. Pres. Méd. Nr. 50. 1934.

Autor omawia powstawanie krwiaków pod oponą twardą, które przeważnie występują wskutek pęknięcia tętniaków tętniczek mózgowych, chociaż nie da się wykluczyć, że mogą one także wytworzyć się w procesie pierwotnego krwotocznego zapalenia opon mózgowych. Objawy takich krwiaków mózgowych występujących u stosunkowo młodych ludzi, to przedewszystkiem silne bóle głowy przeważnie w okolicy potylicy, wymioty, sztywność karku i zwyżka ciepłoty. Ponadto mogą wystąpić także objawy lokalizacyjne. Następnie autor zajmuje się tętniaczkami, które najczęściej występują w tętnicach na podstawie mózgu, są one zazwyczaj pojedyncze, o kształtach bardzo różnorodnych. Przyczyną tworzenia się takich tętniaczków jest najczęściej kiła lub stwardnienie tętnic, inne tło jak zakażenie, uraz są rzadkie, dotyczą one ludzi około 40 lat, rozwijają sie bardzo powoli i mogą dziesiątki lat pozostawać bez objawów. Rozpoznanie takich tętniaków było prawie niemożliwe przed wprowadzeniem arterjografji mózgowej. Obecnie metoda rentgenowska pozwala wykazać i umiejscowić taki tętniak. Jako środka kontrastowego autor używa torotrastu, który można wstrzykiwać nawet w bardzo ciężkich przypadkach bez szkody. Autor jest zdania, że dopiero arterjografja mózgowa przekona nas, jak bardzo rozpowszechnione są tętniaki mózgu. *Skowroński* (Lwów).

Występowanie ukrytych cech krwawiączkowych u synów, pochodzących z rodziny krwawców, lecz niewykazujących klinicznie cech krwawiączkowych. A. FONIO. Ztschr. f. klin. Med. B. 126, str. 424—432.

Ukryte cechy krwawiączki: znacznie przedłużony czas krzepnięcia całej krwi, mniejsza wartościowość płytek krwi. Wykazanie ukrytych cech krwawiączki może wyjaśnić, skąd nagle w rodzinach zdrowych (pozornie) pojawia się krwawiec. Ciężkość obrazu klinicznego idzie równolegle ze stopniem mniejszowartościowości płytek. Praktyczny wynik badań polega na tem, że w dwóch przyp. krwawiączki, gdzie wszelkie środki zawiodły, zatrzymano krwawienie, stosując miejscowo plazmę (trombogen) z płytkami normalnemi (trombokinaza), którą to plazmę uzyskuje się przez 7 minutowe wirowanie, połączone z oziębianiem krwi normalnej.

Autor rzuca myśl, że podobnie jak w krwawiączce spowodu mniejszowartościowości płytek stosuje się plazmę z płytkami normalnemi, taksamo możnaby stosować w pewnych przypadkach niedokrwistości tylko ciałka czerwone w roztworze fizjolog., w białaczce limfatycznej ciałka białe, zamiast transfuzji pełnej krwi z wszystkiemi „balastami". *H. Długosz* (Lwów).

Marskość wątroby a niedokrwistość. K. FELLINGER i R. KLIMA. Ztsch. f. klin. Med. B. 126. Str. 547—567.

W wysokim procencie badanych 70 przypadków marskości wątroby, przeważnie typu Laennec'a, stwierdzono niedokrwistość, niezależną od krwotoków, typu hiperchromicznego, postępującą w przebiegu schorzenia, z równoczesnem wzmożeniem bilirubiny w surowicy krwi, wzmożeniem urobiliny w moczu i zwiększoną ilością barwików w kale, a z drugiej strony z objawami wzmożenia czynności szpiku kostnego: większa ilość retikulocytów i czerwony szpik kostny. Wszystkie te zmiany dają się ująć jako następstwo zwiększonego rozpadu ciałek czerwonych. W pewnych przypadkach występuje uszkodzenie szpiku kostnego ze znanemi objawami. Hiperchromja, trombopenja, leukopenja, limfocytoza, bilirubinemja, urobilinurja, często zapalenie języka, brak kwasu solnego w żołądku, złogi hemoglobinowe w narządach, zmiany w śledzionie, czerwony szpik kostny, czasem korzystny wpływ leczenia wątrobą — przypominają bardzo obraz niedokrwistości złośliwej.

H. Długosz (Lwów).

Wielkość serca w chorobie Basedowa po wycięciu tarczycy. G. W. PARADE i H. RAHM. Ztsch. f. klin. Med. Bd. 126. str. 667 — 678.

W większości przypadków choroby Basedowa wielkość serca nie zmienia się wyraźniej w pierwszych tygodniach po operacji, mimo klinicznej poprawy ogólnej. Tylko w razie znacznego wzrostu wagi zwiększają się wymiary serca. W przypadkach z niedomogą serca i znacznem powiększeniem jego wymiarów wkrótce po operacji wymiary serca zmniejszają się wybitnie. Jeżeli w następstwie zabiegu wzrośnie wydatnie waga chorego, może się serce znowu nieco powiększyć.

H. Długosz (Lwów).

Mleko chude jako dodatek do diety cukrzycowej. H. W. BANSI. Ztschr. f. klin. Med. Bd. 126. str. 652—666.

Nie zajmowano się dotychczas wpływem chudego mleka na poziom cukru we krwi. U 14 chorych cukrzycowych po podaniu 100 g chudego mleka z dodatkiem lecytyny poziom cukru we krwi wzrasta nieznacznie, w przeciwieństwie do glukozy, czystego cukru mlecznego i innych cukrów. Tylko w ciężkich przypadkach cukrzycy pojawiają się ślady cukru w moczu. Chude mleko, którego znaczne ilości marnują się obecnie, może być tanim węglowodanowym dodatkiem do diety w lekkiej i średniociężkiej, a w pewnej mierze w ciężkiej cukrzycy.

H. Długosz (Lwów).

Częściowy blok serca i zespół Adams-Stokesa przy anatomicznie nieuszkodzonym układzie przewodzącym. HERLES i ŠIKL. Čas. Lék. Česk. z. 45, r. 1933.

Autorzy opisują przypadek zespołu Adams-Stokes'a u chorego z niezupełnym blokiem typu 2:1 lub 3:1. Podczas nagłego napadu dokonano zdjęć elektrokardjograficznych. Ekg. u chorego w okresie spokoju wykazywał obraz częściowego bloku przedsionkowo-komorowego. Przedsionki kurczyły się w rytmie prawidłowym, 50 razy w ciągu minuty, zaś skurczów komorowych było 20 w ciągu minuty. Skurcz komory następował zawsze po 2 lub 3 skurczach przedsionka; zatem blok w stosunku 2:1 lub 3:1. Zespół komorowy sam był uszkodzony: Q R S przedłużony, T wybitnie wysokie. Po zastrzyku pituitryny zwiększał się stopień bloku. Gdy wystąpił napad, w ekg. widoczne były tylko załamki przedsionkowe: 57 na minutę, 30 sekund później częstotliwość zmniejszyła się do 50 na min., za dalszych 10 sekund do 40 na min. Po 60 sekundach od początku napadu znikają załamki przedsionkowe w ekg.: przedsionki podobnie, jak komory nie biły. Przytem wystąpiły skurcze kończyn, oddech stawał się nieprawidłowym. Ekg. wykazywał linję równą, na której brak było objawów czynności serca. Chory czynił wrażenie martwego. Po dosercowym zastrzyku adrenaliny chory począł wracać do przytomności. Na krzywej z tego okresu widoczne są szybko za sobą następujące zespoły komorowe (108 na minutę) o kształcie atypowym, nadające krzywej na pierwszy rzut oka charakter częstoskurczu komorowego. Przy bliższem badaniu okazuje się, że mamy tu rytm zatokowy, który dwukrotnie jest przerywany rytmem węzłowym: raz po blokowanym skurczu dodatkowym przedsionka, drugi raz po ulegającem coraz większemu uszkodzeniu przewodnictwie przedsionkowo-komorowem. Napad częstoskurczu trwał minutę.

W innym napadzie również autorzy mogli śledzić, jak po ustaniu czynności komór czynność przedsionków początkowo staje się szybszą (90 na min.), później zwalnia się, aż wkońcu ustaje zupełnie. Co 130 sekund objawił się pierwszy automatyczny skurcz komorowy, w 13 sek. po nim drugi, a dopiero wówczas, gdy chory już wrócił do przytomności, objawiły się w ekg. spowrotem widoczne i prawidłowe załamki przedsionkowe.

Napady u chorego przejściowo ustępowały pod wpływem zastrzyku adrenaliny, efetoniny i kofeiny oraz stosowaniu chlorku brom. (0.03). Jednak po 2 godzinach spokoju napady spowrotem występowały, trwając zawsze od 80—100 sekund. Po inhalacji tlenu i tabletce efetoniny chory uspokoił się nieco, lecz wkrótce zmarł.

Więc w przypadku tym częściowy blok zwiększał się, aż przeszedł w zupełny blok: po skurczach przedsionkowych nie występował skurcz komór, dopiero po przerwie o rozmaitem trwaniu oderwał się ośrodek automatyzmu komorowego, a wkrótce potem spowrotem przeważać zaczynały skurcze przedsionkowe. Dziwnym sposobem w tym okresie ponapadowym znika na chwilę blok przedsionkowo-komorowy i przechodzą wszystkie, szybko po sobie następujące bodźce z przedsionka. Oprócz tego skraca się czas przewodnictwa. Podczas gdy w spokojnym okresie przednapadowym czas przewodnictwa nieblokowanego bodźca z przedsionka trwał 0,20 sek., przechodzi bodziec zatokowy w okresie częstoskurczu ponapadowego przez wiązkę przedsionkowo-komorową w czasie 0,08 sek., czas ten jednak przedłuża się stale na 0,24 sek. do 0,26 sek. w okresie trwania częstoskurczu pochodzenia zatokowego.

Trudno jest przedstawić sobie, by w tym przypadku połączenie pomiędzy przedsionkami i komorami mogło być przerwane lub ciężko uszkodzone zmianami budowy anatomicznej; raczej przyjąć należy zmiany przejściowe, czynnościowe. Badanie histologiczne wykazało brak uszkodzenia wiązki przedsionkowo-komorowej oraz ciężkie miażdżycowe zmiany tętnicy, zaopatrującej tę wiązkę, przy zachowanem świetle.

Autorzy dochodzą do wniosku, że zmiany naczyniowe odgrywają wielką rolę przy powstawaniu zespołu Adams-Stokes'a. Zgadzają się z poglądem Gerandela (opisał 3 przypadki), który w zwężeniu naczynia, zaopatrującego układ przewodzący, widzi przyczynę komorowej „bradyrytmji" (t. j. blokady) przy braku zmian w mięśniu owego układu. Napad wywołuje skurcz naczynia już przedtem miażdżycowo zmienionego.

Ungar (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Doświadczenia z ambulatoryjnem leczeniem kiły wrodzonej. GAWALOWSKI. Praktický Lékař. z. 2. 1934.

Z doświadczeń autora wypływają dwa główne spostrzeżenia. Po pierwsze, odpowiedzialność serologicznych badań przy kile wrodzonej jest wielka i tylko pracownie, pracujące rzetelnie i najbardziej czułemi odczynami, mogą okazać się dobrą pomocą. Sam odczyn Bordet-Wassermanna bezwzględnie nie wystarcza. Po drugie okazuje się, że i wyłączne leczenie bizmutem dostarcza dość dobrych wyników, jeżeli wykonuje się je prawidłowo i dość długo. Jest możliwem zatem i na prowincji osiągnąć wiele pod względem leczniczym, jeżeli lekarze praktyczni starać się będą przeprowadzać leczenie prawidłowo i nie zadowolnią się jednem leczeniem, jak to się przeważnie odbywa. Nie można twierdzić, że leczenie bizmutem jest leczeniem najlepszem, ponieważ dodanie arsenobenzolu przyspiesza leczenie, skraca je, a tem samem czyni je tańszem.

Autor zaznacza, że wśród chorych bardzo mało napotyka się dzieci w pierwszym roku życia. Nie można zatem naogół obalić poglądu dotychczasowego, że leczenie kiły wrodzonej jest tem korzystniejsze, im wcześniej się je zaczęło. Nie można jednak oprzeć się wrażeniu, że osłabienie odczynu surowiczego (przy dodatnim i ujemnym obrazie klinicznym) nie zależy zawsze: 1) od ilości leczeń i rodzaju użytego leku, 2) od wieku, w którym rozpoczęto leczenie (z wyjątkiem pierwszego roku życia) i 3) bardzo często ani od ciężkości objawów klinicznych.

Zdaje się, że w serologji kiły wrodzonej silnie zaznaczają się wpływy konstytucjonalne, które współrozstrzygają o oporności odczynu.

Ungar (Lwów)

Kila serca i naczyń. K. LUŠICKY. Liječnički Vjesnik. Nr. 7. 1934 r.

Prócz interesujących wywodów podaje autor wyniki 4170 sekcyj (2374 M i 1796 K), w tem znalazł *mesaortitis luica* u 58 mężczyzn (2,44%) i 35 kobiet (1%); razem w 93 przypadkach.

R. L. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Protokół posiedzenia klinicznego w szpitalu na Zawodziu z dn. 15. października 1933.

Przewodniczy: prezes kol. Rożkowski.

1. Kol. Rożkowski, obejmując ponownie przewodnictwo po 1½ rocznej przerwie, spowodowanej ciężką i długotrwałą chorobą, dziękuje zebranym Kolegom za liczne wyrazy współczucia w czasie choroby i czuje się wzruszonym uchwałą Ogólnego Zebrania o umieszczeniu Jego portretu w sali posiedzeń T-wa.

Licznie zebrani członkowie zgotowali Koledze prezesowi gorącą owację.

2. Kol. Batawia wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. profesorze Adamie Karwowskim, zmarłym nagle w dniu 13. IX. 1933 w czasie zjazdu (XIV) Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu. Prelegent podnosi wybitne zasługi prof. Karwowskiego na polu naukowem i społecznem, szczególnie podkreślając pracę Jego i wielkie zasługi przy organizowaniu Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Ś. p. prof. Karwowski był też członkiem honorowym Tow. Lek. Częstochowskiego.

Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

3. Kol. Frenkenberg pokazał i omówił 2 przypadki:

1) Przypadek *choroby Heine - Medina.* Chora liczy 9 mies. Przed 5 tygodniami gorączkowała, kaszlała, bardzo silnie pociła się. Po 6—8 dniach rodzice zauważyli, że dziecko nie porusza lewą kończyną dolną i nie może siedzieć. Obecnie stwierdza się porażenie wiotkie lewej kończyny dolnej, zachowane jedynie zginanie podeszwowe palców. Brak odruchów kolanowego i Achillesa po stronie lewej. Czucie zachowane. Całkowita reakcja zwyrodnienia w zakresie mięśni podudzia. Stan obecny i przebieg przemawia za chorobą Heine-Medina. Chora przyjezdna, badań laboratoryjnych nie wykonano.

2) Przypadek *ostrego schorzenia rdzenia i mózgu.* Chory lat 8. Przed 10 dniami wystąpiły nagle bóle brzucha i niemożność oddawania moczu. Po 4 dniach badanie neurologiczne wykazało: sztywność karku, dodatni objaw Kerniga, oczopląs poziomy obustronny, pionowy ku górze; brak odruchów brzusznych i jądrowych, znaczne upośledzenie ruchów obu kończyn dolnych, brak odruchów kolanowego i Achillesa. Injekcja domięśniowa cylotropiny bez skutku. Nazajutrz całkowite porażenie kończyn dolnych, wybitne obniżenie czucia powierzchownego od pępka aż do kolan, rozpoczynające się odleżyny na krzyżu i kostkach. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn wyciekający silnym strumieniem, wodojasny, zawierający białka 0,12%, ciałek białych 15 w 1 cm³. Odczyn Nonne-Apelta (+++). Injekcja cylotropiny dożylnie. Nazajutrz samopoczucie lepsze, sztywność karku mniejsza, ruchy kończyn wracają, dowolne oddawanie moczu z wysiłkiem, niewielkiemi porcjami. W dalszym ciągu stan chorego stopniowo poprawia się. Badanie prądem elektrycznym nerwów i mięśni (ktd.) wykazuje jedynie nieznaczne obniżenie pobudliwości na prąd faradyczny i galwaniczny bez zmian jakościowych. Rozpoznano ostre schorzenie rdzenia i mózgu. Brak reakcji zwyrodnienia, systematyczna poprawa ruchów i siły wszystkich mięśni (ktd.) zaburzenia czucia i wybitny oczopląs przemawiają przeciw chorobie Heine-Medina. *(streszczenie własne).*

4. Kol. Bram pokazał 2 przypadki:

1) *Ostitis fibrosa cystica.*

Dziewczynka, przed 2 laty upadła i uderzyła ręką lewą, żadnych dolegliwości przez czas dłuższy nie odczuwała; w r. 1932 została skierowana do szpitala spowodu samoistnego złamania kości ramieniowej lewej. Prześwietlenie wykazało torbiel kostną — *ostitis fibrosa cystica.* Sprawa ta zwykle bywa dobrotliwą, przerzutów nie daje, lecz bywają nawroty. Leczenie — naświetlanie prom. Roentgena.

2) *Kostno-chrząstkowy mięsak.*

Na płaszczyźnie skroniowo-ciemieniowej prawej stwierdzono guz chrzęstno-kostny wielkości mandarynki, oraz wytrzeszcz prawej gałki ocznej *(exophthalmus).* Po jednorazowem naświetlaniu promieniami X (jedna pełna dawka) guz się znacznie zmniejszył i jednocześnie wybitnie cofnął się wytrzeszcz. Rozpoznanie: mięsak kostno-chrzęstny. *(streszcz. wł.).*

5. Kol. Stefan Kon pokazał i omówił następujące przypadki:

1) *Zakończenie poronienia przez skrobanie macicy w zakażeniu rzeżączkowem.*

Chora lat 40, przyjęta do szpitala z rozpoznaniem zapalenia prawego stawu barkowego, leczonego przez kilka tygodni. Jednocześnie zaczęła krwawić (ostatni perjod był słabszy, niż zwykle). Gorączka i dreszcze. Stwierdzono: obrzęk i bolesność prawego stawu barkowego; dość silne krwawienie; macica powiększona, Hegar +; ujście wewnętrzne otwarte na koniec palca; wewnątrz wyczuwa się resztki jaja płodowego. Badanie drobnowidowe wykazuje obecność dwoinek Neissera. Ponieważ chora stale krwawiła, zadecydowano zakończyć poronienie przez dokonanie skrobania macicy. Usunięto dużo resztek łożyskowych w stanie silnego rozkładu. Krwawienie ustało; t° prawidłowa. Żadnych komplikacyj ze strony przydatków nie stwierdzono. Po 6 tygodniowem leczeniu swoistem dwoinki Neisser'a znikły. Jednak bolesność stawu barkowego nie ustępowała, zaczęło się rozwijać zesztywnienie stawu z zanikiem mięśni. Badanie rentgenologiczne stawu wykazało nawarstwienia między wyrostkiem barkowym, a główką kości ramieniowej *(tophi uratici).* Po zastosowaniu atofanu bolesność w ciągu kilku dni ustąpiła, po 2 tyg. zaczęła powracać ruchomość stawu. Przypadek ten ilustruje, że tam, gdzie są bezwzględne wskazania do zakończenia poronienia, należy wykonać skrobanie, nie licząc się z obecnością dwoinek Neisser'a.

2) *Zapalenie stawu kolanowego na tle rzeżączki.*

Chora z zapaleniem stawu kolanowego na tle rzeżączki, leczona już przedtem kilka miesięcy bez wyniku zaczęła się poprawiać po leczeniu swoistem gonokokcyną i jochinon-kazeiną.

3) Dwa przypadki *długotrwającego krwawienia miesiączkowego u chorych z zapaleniem przydatków.* Krwawienie udało się zatrzymać przez tamponowanie macicy. W obu wypadkach było zapalenie swoiste (rzeżączkowe) błony śluzowej macicy i przydatków. (W jednym przypadku macicę musiano wyskrobać ze względu na niezakończone poronienie).

4) Przypadek *pęknięcia macicy w czasie porodu.*

Chora lat 25. Przed rokiem przechodziła operację cięcia cesarskiego spowodu przodującego łożyska i silnego krwotoku. W 3 miesiące po operacji znowu zaszła w ciążę. Podczas ciąży do lekarza nie zgłaszała się. W ostatnich dniach lekkie bóle porodowe; akuszerki nie wzywała i jeszcze chodziła. Nagle poczuła silne bóle i zemdlała. Stwierdzono ostrą niedokrwezność. Część płodu wyczuwa się pod powłokami brzusznemi. Silna zapaść, tętno nitkowate. Bezzwłocznie chorą przeniesiono na noszach do szpitala i dokonano laparotomji. W jamie brzusznej dziecko donoszone, płci męskiej, wagi 400 g, nieżywe. Pęknięcie macicy w starej bliźnie na całej przestrzeni. Macicę zeszyto i jednocześnie wykonano sterylizację jajowodów. Po operacji spowodu osłabienia działalności serca ostry obrzęk płuc. Injekcja dożylna 800 cm³ soli fizjologicznej z adrenaliną, injekcje kamfory, kofeiny i t. d. Zadecydowano bezzwłocznie przetoczenie krwi. Przetoczono 500 cm³. Stan chorej zaczął stopniowo poprawiać się. Na 5. dzień po operacji — *bronchopneumonia.* W 9. dniu po operacji — *trombophlebitis* lewej kończyny dolnej. Chora gorączkuje. Wobec stale utrzymującej się gorączki w 26. dniu po operacji powtórnie przetoczono 310 cm³ krwi. W 4 dni po tem powtórnem przetoczeniu krwi ciepłota stopniowo wróciła do normy, zaczyna też zmniejszać się obrzęk nogi. Wyzdrowienie. Na skutek silnego kaszlu w pierwszych dniach po operacji szwy nie utrzymywały się — *sanatio per secundam.*

Dotychczas w ostrych septycznych zakrzepach żył obawiano się dokonywać przetaczania krwi ze względu na możliwość zatoru przy podniesieniu ciśnienia tętniczego. W naszym przypadku ze względu na małą odporność organizmu spowodu dużej utraty krwi, dokonano przetaczania krwi mimo skrzepów i wynik był dobry.

5) *Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego w V. miesiącu ciąży leczone operacyjnie.*

U chorej ciężarnej w V miesiącu ciąży musiano dokonać apendektomji. W czasie operacji stwierdzono perforację wyrostka robaczkowego z wylaniem się ropy do otrzewnej. Ranę sączkowano. W 48 godzin po operacji nastąpiły bóle porodowe i chora urodziła płód wielkości 19 cm. Łożysko nie wydzielało się. O ręcznem usunięciu łożyska nie mogło być mowy spowodu otwartej rany brzusznej i objawów zapalenia otrzewnej. Zadecydowano zastrzyknąć wodę przegotowaną przez żyłę pępowinową. Po wprowadzeniu tą drogą 400 cm³ wody łożysko wraz z błonami samo się odkleiło. Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że rokowanie w zapaleniu wyrostka robaczkowego podczas ciąży z przebiciem do jamy otrzewnej jest ciężkie. Odsetek śmiertelności podług Schumacher'a dochodzi do 80—100%. Nasza chora wyzdrowiała.

6) *Przypadek zakażenia po poronieniu, leczony z dobrym wynikiem przetaczaniem krwi.*

Po poronieniu nastąpiło zakażenie z zapaleniem lewego przymacicza i wysiękiem sięgającym na 3 palce powyżej Pouparta. Po transfuzji 240 cm³ krwi ciepłota litycznie w ciągu 4 dni opadła do normy i już się nie podnosiła. Wysięk przymacicza stopniowo zaczął się zmniejszać i po 2 tygodniach chora wypisała się do domu zupełnie zdrowa — wysięk zupełnie się rozszedł. (Streszczenie własne).

W dyskusji Kol. Rożkowski zwraca uwagę, że przetaczanie krwi daje doskonałe wyniki we wszelkich zakażeniach, naprzykład w ciężkim durze brzusznym i t. p. i że należy wyrazić uznanie kolegom ze Szpitala na Zawodziu za stosowanie tego zabiegu, bardzo często ratującego chorym życie nawet w przypadkach bardzo ciężkich. Powodem bardzo silnych krwawień macicznych może też być często *thrombopenia.* Co się tyczy *monarthritis* należy pamiętać, że mogą one być nietylko na tle rzeżączki, lecz również i na tle kiły.

Kol. Grünwaldówna widziała przed 10 laty szereg zabiegów wprowadzania wody przez żyłę pępowinową, stosowanych w celu usuwania łożyska, lecz najczęściej z wynikiem ujemnym.

6. Kol. Lipiński omówił ciekawy przypadek *ropniaka z cuchnącą plwociną o łagodnym przebiegu i b. szybkiem zdrowieniu po resekcji żebra.* Chory z gruźlicą włóknistą obustronną zapadł na obustronną bronchopneumonję, w następstwie której wytworzyła się *empyema.* Mimo dużych zmian przedmiotowych przebieg był bardzo łagodny. Ropa cuchnąca po resekcji żebra w kilka dni zupełnie utraciła cuchnący zapach i chory po 17 dniach został wypisany ze szpitala.

W dyskusji Kol. Dykierowa sądzi, że mógł to być ropień płuca, na tle którego powstało *pleuritis ichorosa,* lub zawał płuca.

Kol. Lipiński odpowiada, że przeciw zawałowi przemawia brak plwociny krwistej.

Kol. Sobol widział tego chorego przed operacją, chory uskarżał się na silny ból w okolicy łopatki i w tem miejscu wysłuchiwało się tarcie opłucnej.

Kol. Rożkowski również zna i badał chorego — jest zdania, że ognisko w płucu otworzyło się do jamy opłucnej w okolicy zrostów opłucnej, wskutek czego sprawa została umiejscowiona; ognisko prawdopodobnie uległo zakażeniu beztlenowcami, dlatego ropa była silnie cuchnąca; po resekcji nastąpił dopływ tlenu, beztlenowce uległy zniszczeniu i charakterystyczny zapach znikł. Przypadek ten nasuwa myśl o możności leczenia ognisk zakażonych beztlenowcami zapomocą doprowadzania tlenu.

Kol. Batawia spostrzegał, że w rozstrzeni oskrzeli nieraz przykry zapach znikał po bronchoskopji, można więc przypuszczać, że i tu większy dopływ tlenu w czasie bronchoskopji wpiywał ujemnie na beztlenowce.

7. Kol. Epsztejn pokazał i omówił 2 przypadki:

1) *Ropień okołocewkowy na tle rzeżączki.*

U chorego na rzeżączkę więźnia wystąpiło utrudnione i bolesne oddawanie moczu i *priapismus.* Kateteryzacja wykazała silne zwężenie kanału moczowego i naciek ciał jamistych. Rozszerzenie cewki nie dało pożądanych wyników. Stan chorego pogarszał się, chory wychudł i bardzo cierpiał. Utworzył się ropień okołocewkowy i zaczęły wystepować objawy *urosepsis.* Po dokonaniu cięcia w linji perinealnej odeszło dużo ropy, stwierdzono jednocześnie rozpad gangrenowy. Stan chorego po operacji uległ znacznej poprawie, pozostaje on jeszcze w szpitalu spowodu przetoki w kroczu.

2) *Przypadek wodonercza na tle ucisku moczowodu.*

Chora miewała napady kolki nerkowej o bardzo silnem natężeniu. Prześwietlenie Roentgenem konkrementów nie wykazało. Ponowne prześwietlenie z tenebrylem wykazało wodonercze, które powstało prawdopodobnie na skutek ucisku moczowodu przez skrzyżowane z nim naczynie.

8. Kol. Dykierowa pokazała i omówiła 3 przypadki:

1) Po nacięciu pęcherzyka żółciowego utrzymywała się stała przetoka. Dokonano operacji usunięcia woreczka żółciowego i kamienia z przewodu żółciowego wspólnego. Przetoka uległa zagojeniu.

2) Plastyczną operację ucha w przypadku *naevus pigmentosus,* który zajmował policzek, szyję i ramię (pochodz. z ośrodk. nerw. I i II zwojów), a w okolicy ucha wytworzył oszpecający narost kalafjorowaty wielkości dużej pięści.

3) Leczenie *naevus pigmentosus* zapomocą przeprowadzania pod skórą nici przepojonych rozczynem trójchlorku żelaza; po pewnym czasie następuje martwica całej warstwy skóry, która się goi i wytwarza bliznę białą mniej oszpecającą. Sposób ten jest dobry dlatego, że martwica występuje powoli w warunkach aseptycznych tak, iż zdążą wytworzyć się wał granulacyjny. (Streszczenie własne).

9. Kol. Batawia pokazał przypadek *labyrinthitis serosa diffusa.*

Chory ma silne zawroty głowy na tle zajęcia kanałów błędnika. Przewodnictwo kostne zachowane. Próba Barany'ego dodatnia (oczopląs w stronę chorą). Objaw przetokowy dodatni. Chory pozostaje jeszcze w leczeniu; po ustąpieniu ostrych objawów wskazana operacja doszczętna ucha chorego.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół XXVI posiedzenia naukowego z dnia 6 grudnia 1933 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Wł. Jakowicki.

1. Dr. J. Kucharski. Pokaz 2-ch chorych.

Pierwszy przypadek *ileus e strangulatione* z martwicą jelita cienkiego na przestrzeni 1 m 20 cm, rozpoznany jako *appendicitis acuta.* Resekcja jelita, *ileo-colostomia.* Zeszycie na głucho. Zejście gładkie.

Przypadek drugi *niedrożności, spowodowany przez guz jelita ślepego.* Założono przetokę kałową. Po 8 dniach poronienie. Po 3 miesiącach resekcja jelita ślepego, wstępującego i części poprzecznicy. *Ileo-colostomia.* Przebieg dobry. Naświetlanie promieniami Roentgena, później zropienie guza i przebicie. Obecnie chora ma być w dalszym ciągu naświetlana promieniami Rtg.

Prelegent sądzi, że w podobnych przypadkach przed naświetlaniem należy wykonywać próbną laparotomię.

W dyskusji: Dr. Zarcyn, powołując się na piśmiennictwo francuskie przypomina, że w przypadkach niedrożności spowodu nowotworów jelita grubego narazie trzeba założyć przetokę, co zwalnia chore jelito od substancyj indolowych i działa dodatnio na nie, a tem samem wpływa na rezultat następowej operacji doszczętnej.

W odpowiedzi Prof. Januszkiewiczowi Dr. Kucharski wyjaśnia, że guz jelita ślepego naświetlano jako guz gruźliczy.

2. Dr. L. Achmatowicz demonstruje 3-ch chorych:

1) *Po usunięciu języka spowodu raka.* Zabieg był wykonany dwuczasowo. Przebieg gładki.

2) Chorego, któremu *usunął spowodu gruźlicy kątnicę, ramię wstępujące i połowę poprzecznicy.* Operacja dokonana na jednem posiedzeniu. Po operacji objawy ze strony kiszki grubej całkowicie nie ustąpiły, *rectoscopia* stwierdza 3 owrzodzenia gruźlicze prostnicy.

3) Chorego, który przed trzema laty był operowany przez innego chirurga spowodu *wrzodu dwunastnicy* — wówczas dokonano zespolenia żołądkowo-jelitowego, jednak objawy nie ustąpiły, wskutek czego w roku zeszłym prelegent dokonał resekcji dwunastnicy i żołądka, pozostawiając zespolenie żołądkowo-jelitowe nietknięte, gdyż funkcjonowało ono dobrze. Kilka miesięcy potem zjawiły się objawy niedrożności jelita cienkiego, krew utajona i t. p. Operacja wykazała wrzody trawienne w zespoleniu żołądkowo-jelitowem i na pętli odprowadzającej w odległości 15 cm od zespolenia.

Wycięcie zespolenia i wrzodu trawiennego jelita. Wyzdrowienie.

W dyskusji: Prof. Dr. Michejda zaznacza, że chorego z rakiem języka należało poddać leczeniu radem, usuwając operacyjnie gruczoły.

3. Dr. S. Fedosewicz demonstruje z Kliniki Dermatologicznej U. S. B. dość rzadko spotykany przypadek *cancer en cuirasse de Velpeau,* dotyczący chorej M. K., lat 33.

4. Dr. D. Kenigsberg: *Przypadek angiokeratomae Mibelli u bliźniąt.*

U dwóch sióstr bliźniaczek, lat 18, na kończynach widoczne są pojedyńcze, miejscami skupione grudki brodawkowate z wylewami krwi w głębi. Mikroskopowo stwierdza się rozszerzenie naczyń skóry właściwej oraz *hyperkeratosis* naskórka bez zmian zapalnych i nowotworowych. Obecnie po odrzuceniu teorji o tuberkulidach i tle nowotworowem jako moment etjologiczny wysuwana jest wrodzona słabość naczyniowa, dowodem czego służy współistnienie *acro-asphyxia* w danym przypadku.

W dyskusji zabierali głos: Doc. Dr. Mienicki, Dr. Morawski i Prof. Dr. Jakowicki, który zaznacza, że w danym przypadku chodzi niewątpliwie o ciążę bliźniaczą jednojajową, a więc o dwa ustroje, które rozwinęły się z jednej komórki, wobec tego nie można uważać danych osobników jako odrębne indywidua biologiczne.

5. Dr. M. Sumorok w związku z przypadkiem Dr. Kenigsberga pokazuje preparat mikroskopowy *papillomae linguae* u mężczyzny, lat 21. Brodawczak o budowie *lymphangiomu* o jamach wysłanych śródbłonkiem z ogniskiem wśród warstw nabłonka płaskiego z parakeratozą; brak zmian nowotworowych, nieduży naciek limfocytowy.

6. Dr. J. Janowicz demonstruje *preparat i radjogramy z rzadkiego przypadku kamienia moczowodowego.*

Preparat przedstawia kamień, składający się ze szczawianów i fosforanów wielkości 3×4 cm, usadowiony w części dopęcherzowej z sondą moczowodową uwięźniętą, okręconą dwukrotnie dookoła kamienia; typowe roponercze z dużemi bliznami

po wygojonych ropniach korowych. Po omówieniu pokrótce etjologji i sposobów rozpoznawania kamieni moczowodowych, prelegent uzasadnia swoje przypuszczenie, iż chodzi tu o kamień pierwotny, wreszcie uzasadnia wykonanie operacji doszczętnej *(urethero-nephrectomia).*

7. Dr. N. Wołkowyski pokazuje i bardzo poleca lampę czołową oto-laryngologiczną własnego pomysłu, opartą na zasadzie odbijania promieni świetlnych od paraboloidu. Lampka wypróbowana jest z dobrym wynikiem na Klinice Oto-Laryngologicznej U. S. B.

W dyskusji zabierali głos: Dr. Borysewicz, Prof. Dr. Michejda, Dr. Achmatowicz, Dr. Lewande i Prof. Dr. Jakowicki.

Po omówieniu przez Prof. Dr. W. Jasińskiego wytycznych jego referatu p. t.: *„O leczeniu kiły wrodzonej u dzieci"*, wygłoszonego na posiedzeniu T-wa dnia 15 listopada 1933 r. otwarto nad nim dyskusję.

a) Dr. Borysewicz przytacza statystyki, które wskazują na dodatni wpływ leczenia ciężarnych na kiłę płodu; dziecko może przyjść na świat zupełnie zdrowe, jeżeli zakażenie kobiety nastąpiło w ciągu ostatnich miesięcy ciąży; w leczeniu kiły ważne znaczenie ma wczesne rozpoznanie — odczyn Wassermanna, zdaniem prelegenta, jest rzadko miarodajny.

b) Dr. W. Morawski ujmuje to zagadnienie z punktu widzenia eugeniki i uwzględniając obciążenie dziedziczne w kile, podkreśla konieczność poradni przedślubnych. Badania Dr. Zienkiewicza potwierdzają znany fakt działania drażniącego na śledzionę bizmutu i rtęci.

c) Prof. Dr. W. Jakowicki zaznacza, że prelegent ze stanowiska pedjatry stawia położnikom dwa pytania do rozstrzygnięcia: co do celowości przerywania ciąży w zakażeniach kiłowych i drugie w sprawie leczenia osób ciężarnych z kiłą objawową lub utajoną.

Przerywanie ciąży w dobie obecnej należy traktować jako poważny uraz dla kobiety zdrowej, a tem więcej jest to zabieg ciężki, a często niebezpieczny dla ustroju chorego. Zwłaszcza mieć należy na uwadze, że zmniejszona w początkach ciąży odporność na zakażenie u osób kiłowych staje się jeszcze mniejszą. Niebezpieczeństwo samodzielnego porodu niewczesnego pod wpływem zakażenia kiłą jest mniejsze, niż po sztucznem przerwaniu ciąży. W tych zaś przypadkach, w których dochodzi do urodzenia żywego dziecka, brak w dobie obecnej ścisłych kryterjów naukowych dla oceny wartości takich płodów. Względy zatem eugeniczne nie mogą uprawniać nas do zabijania płodów u matek z leczoną lub utajoną kiłą i należy się przeciwstawić tezom Prof. Waltera wypowiedzianym na ostatnim Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich. Odrzucając zabieg przerywania ciąży w kile, należy jednak z całą energją propagować potrzebę jaknajenergiczniejszego leczenia ciężarnych zakażonych kiłą bez względu na okres ciąży. Kompromisów być tu nie może. Obawa przerwania ciąży wartościowej nieznaczna, bo raczej leczenie temu zapobiega. Jedynie ze względu na większą wrażliwość ustroju ciężarnej na preparaty arsenowe stosować należy pojedyncze dawki nieco mniejsze.

d) Doc. M. Mienicki zastanawiając się nad zagadnieniem odporności w leczeniu kiły, podkreśla doniosłą rolę odporności czynnej.

e) Dr. J. Zienkiewicz w odpowiedzi Dr. Morawskiemu wyjaśnia, że nie stwierdził większych zmian w zachowaniu się obrazu białych ciałek krwi w zależności od wieku i leczenia. Dalej podkreśla potrzebę poczynienia starań u odpowiednich czynników celem uzyskania zapomóg na leczenie biednych dzieci i matek kiłowych.

f) Prof. Dr. W. Jasiński na zakończenie dyskusji podkreśla potrzebę systematycznego i energicznego leczenia kobiet kiłowych przed ciążą i w ciąży, a dzieci chorych matek zaleca leczyć niezależnie od wystąpienia objawów. Zapobieganie jest ważniejsze niż leczenie. Najlepsze wyniki daje leczenie rozpoczęte w I. kwartale życia, późne leczenie daje częstsze nawroty kliniczne i serologiczne.

Sekretarz: *Dr. J. Ryll-Nardzewska.*

Iwan Petrowicz Pawłow w 85 rocznicę urodzin.

Imię Pawłowa złączone jest z fizjologją wydzielania żołądkowego, które dzięki jego pracom zostało wszechstronnie i wyczerpująco zbadane. Pawłow zaprowadził nową metodę badania, która pozwoliła mu zmiany, zachodzące w czynności żołądka, obserwować w warunkach prawie naturalnych. Metoda ta, oparta na wytworzeniu przetok trwałych żołądka, miała liczne zadania.

Jedna serja tych badań dotyczyła wpływu karmienia na wydzielanie żołądka, przyczem pokarmy nie stykały się wcale ze ścianami żołądka. Metoda ta polegała na wszyciu przełyku w ścianę powłok brzusznych tak, żeby pokarmy łykane i żute wypadały nazewnątrz, a nie dostawały się do żołądka, którego wydzielanie przez osobną przetokę podlegało badaniu. Bodziec żucia i bodziec łykania miały utrzymywać trwanie wydzielania żołądka i mogły wywoływać zależnie od treści pożywienia rozmaity skład i rozmaitą ilość soku żołądkowego. Tem „rzekomem" karmieniem ułatwione było badanie wpływu wody, mleka, mięsa, chleba, tłuszczu etc. na wydzielanie żołądkowe.

Mimo wielkich zalet tej metody badanie nie dało i dać nie mogło wyników zupełnie odpowiadających wydzielaniu naturalnemu, jakie przy żywieniu zwierzęcia spotykamy. Były to bowiem bodźce niedostateczne, bodźce, którym brakowało istoty samego bodźca, to jest składników pożywienia, drażnienia ścian żołądka mechanicznego i chemicznego. Badanie bodźców „psychicznych" miało stać się przedmiotem dalszych badań Pawłowa.

Tymczasem należało udoskonalić sposoby badania. W tym celu Pawłow stworzył metodę badań polegającą na wyodrębnieniu pewnej części żołądka, tak zwanego „małego" żołądka. Część ściany żołądka, odpowiadająca przeciętnej budowie — to jest posiadająca zarówno komórki wydzielające kwas solny jak pepsynę, została odłączona od całości i wszyta w ściany brzucha jako osobny woreczek. Ten „żołądeczek", posiadający własności całego żołądka, wydzielaniem swojem odpowiadał całemu żołądkowi, który tym razem przyjmował pokarmy drogą naturalną i trawił dzięki obecności pokarmów w samym żołądku. Nie było więc to wydzielanie „psychiczne", tylko wydzielanie naturalne, którego odbiciem i dokładnym obrazem było wydzielanie małego żołądka. Z przetoki brzusznej tego małego żołądka wypływał sok, który najprawdopodobniej miał skład soku wydzielanego przez cały żołądek.

Wszystkie te badania stanowią treść „Wykładów o pracy gruczołów trawienia" i licznych artykułów, ogłaszanych we „Wraczu" oraz w pismach zagranicznych. Badania te i badania uczniów zebrał długoletni asystent Pawłowa Babkin w podręczniku pod tytułem „Wydzielanie zewnętrzne gruczołów trawienia". Prace Pawłowa dały początek innym w tej samej dziedzinie, prowadzonym przez jego uczniów, że wymienię tylko Londona, Szyszkina, Łobassowa, Sawicza etc. Z polskich uczonych Popielski i Żebrowski należeli do jego szkoły.

W ciągu tych badań stworzył Pawłow pojęcie „umówionego, albo warunkowego odruchu" *(„usłownyj refleks"),* które miało być wyrazem czynności żołądka pod wpływem nie bezpośredniego drażnienia, tylko pod wpływem szeregu odruchów. Kiedy pojęcie to i nazwa powstało, wywiązała się dyskusja pomiędzy Pawłowem a Bechterewem — znakomitym neurologiem petersburskim. Bechterew wyraził zdanie, że każdy odruch posiada własności te same i nie uważał, żeby stworzenie tego pojęcia było potrzebne. Odruchem uwarunkowanym nazywał bowiem Pawłow wydzielanie żołądka, które powstaje nie wskutek bezpośredniego drażnienia ścian żołądka, tylko pod wpływem wspomnień poprzednich drażnień. Jeżeli przed podaniem jedzenia psu dają sygnał jakiegokolwiek rodzaju naprz. gwizdaniem albo zapaleniem czerwonego światła, to zapalenie owego światła albo dźwięk gwizdawki wywołuje wydzielanie soku żołądkowego, jak widok mięsa, albo zapach kuchni.

W istocie odruch ten wywołany jest tylko połączeniem czyli asocjacją, asocjacją z bodźcem, po którym wydzielanie żołądka jest naturalnem następstwem. Badanie tych odruchów stało się jednak w rękach Pawłowa sposobem poznawania czynności kory mózgowej, doprowadziło do utworzenia osobnego zakładu dla tych badań przeznaczonego i do bardzo licznych prac zebranych w dziele „o czynnościach półkul mózgowych". Odruch uwarunkowany jest bowiem zależny od kory mózgowej i znika z jej uszkodzeniem, kiedy odruch nieuwarunkowany, odruch zwykły ma swoje siedlisko w rdzeniu. Dalej odruch warunkowy wymaga pewnego czasu do ustalenia się i czasami zawodzi, jest zawsze słabszy, to znaczy prowadzi do mniejszego i krótszego wydzielania soku żołądkowego czy śliny.

Zaznaczone tu różnice dały pochop do prac licznych i rozszerzyły działalność na nowe pole badań. Niestrudzona energja Pawłowa dotąd, mimo późnego wieku, pozwala mu badać warunki, przy których te odruchy ulegają zmianom lub opóźnieniu, tem bardziej, że wydzielenie śliny lub soku żołądkowego daje możność cyframi siłę bodźców mierzyć. Świat naukowy z podziwem patrzy na dotychczasowe płody tych badań i życzy sędziwemu uczonemu jaknajlepszych wyników i jaknajdłuższej działalności tak bardzo pożytecznej dla nauki.

W. Moraczewski (Lwów).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Po zatwierdzeniu przez P. Prezydenta R. P. wyboru prof. dra Henryka Hoyera na wiceprezesa, skład prezydjum Polskiej Akademji Umiejętności przedstawia się następująco: prezes prof. dr. Stanisław Wróblewski, wiceprezesi: prof. dr. Henryk Hoyer (Kraków) i prof. dr. Wojciech Świętosławski (Warszawa), sekretarz generalny: prof. dr. Stanisław Kutrzeba, delegat walnego zgromadzenia: prof. dr. Leon Marchlewski.

Prof. Dr. Witold Gądzikiewicz, dyrektor Zakładu Higjeny U. J., obchodzi 30-lecie Swej pracy naukowej. Z racji tej dwutygodnik „Medycyna" poświęciła Nr. 18. z b. r. w całości pracom, napisanym przez kolegów i uczniów Jubilata.

Dr. Włodzimierz Mozołowski, doc. chemji lekarskiej U. J. K. mianowany został profesorem nadzwyczajnym chemji lekarskiej i patologji w Akademji Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie.

Zmarli.

Zmarł we Lwowie w wieku l. 76 dr. Maksymiljan Bett, b. naczelny lekarz Kasy Chorych. Był odznaczony orderem Polonia Restituta.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dn. 9 października 1934 r. 1) Landau A.: Istota i leczenie schorzeń tarczycy.

XX Posiedzenie Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się dnia 5 października 1934 r. 1) Kol. Bühn i Frank-Pittowa: Wyniki badań masowych w kierunku gruźlicy wśród młodzieży szkolnej w latach 1933/34. 2) Kol. Goertz: O chorobie Banga (wykład).

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. Posiedzenie w dniu 3 października 1934 r.: 1. Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 26 września 1934 r. 2. Pokaz chorych. 3. Sprawy administracyjne: a) Balotowanie kandydatów na członków Towarzystwa; b) Składki członkowskie. 4. Kol. Kokotek: Przyczynek do kliniki skazy krwotocznej. 5. Kol. Justman i Dynkiewicz: Napady padaczkowate w przebiegu stwardnienia rozsianego. 6. Pokaz preparatów. — II. Posiedzenie w dniu 17 października 1934 r.: 1. Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 3 października 1934 r. 2. Pokaz chorych. 3. Kol. Uryson: Przypadek zatrucia pokarmowego ze zmianami w wątrobie i trzustce. 4. Kol. Bornsztajn (jako gość z Warszawy): Mechanizm powstawania zaburzeń psychicznych reaktywnych. 4. Pokaz preparatów. — III. Posiedzenie w dniu 24 października 1934 r.: 1. Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 17 października 1934 r. 2. Pokaz chorych. 3. Kol. Keilson i Szyfman: O konieczności ścisłej współpracy między klinicystą a rentgenologiem (wnioski z kazuistyki szpitalnej). 4. Pokaz preparatów.

Dnia 21 października (niedziela) o godzinie 11.30 odbędzie się w Warszawie, w lokalu Tow. Kredytowego przy ul. Pomorskiej l. 21 Akademja ku uczczeniu ś. p. Marji Curie-Skłodowskiej. Odczyty wygłoszą: prof. W. W. Ludwik Wertenstejn i prof. U. W. Rdam Czyżewicz. (Akademję urządzają wspólnie: Tow. Lekarskie, Stowarzyszenie Techników, Tow. Chemiczne, Tow. Przyrodnicze im. Staszica, Tow. Zwalczania Raka).

Konkursy:

Nagroda konkursowa. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza niniejszem dwie nagrody konkursowe ufundowane przez Towarzystwo warszawskie „Motor" Ska Akcyjna, Zakłady Chemiczno-Farmaceutyczne" (jako pozostałość konkursu z roku 1929) w poczuciu potrzeby jaknajwiększego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, źródłem i sprawdzianem dalszych poczynań i usiłowań w dziale produkcji chemiczno-farmaceutycznej.

1. Nagrody konkursowe będą przyznane za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny lecznictwa, napisanych w języku polskim i złożonych w maszynopisie na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, Króla Belgów Nr. 7) do dnia 1 października 1935 roku do godz. 12-tej w południe. 2. Każda nagroda konkursowa wynosi zł. 1000. 3. W razie zakwalifikowania do nagrody jednej tylko pracy, Komitetowi konkursowemu przysługuje prawo zwiększenia wysokości nagrody. 4. Komitet konkursowy składa się z dwóch członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zaproszonych przez Zarząd Towarzystwa spośród przedstawicieli tych gałęzi medycyny, do których zakresu należą złożone prace oraz z Wice-Prezesa Towarzystwa, jako przewodniczącego. Komitet może zwracać się do innych członków Towarzystwa w celu pozyskania ich opinji o pracach, zgłoszonych na konkurs. 5. Autorowie prac nie mogą być członkami Komitetu. Nie mogą również należeć do grona Komitetu kierownicy zakładów, w których prace wykonano. 6. Ocena prac musi być wykonana w terminie trzymiesięcznym. Sposób oceny wybiera Komitet. 7. Ani rozmiar pracy ani śmierć autora po złożeniu pracy na konkurs we właściwym terminie nie mogą stać na przeszkodzie w otrzymaniu nagrody. 8. Ostateczne zakwalifikowanie pracy do nagrody przez Komitet odbywa się zapomocą tajnego balotowania większością głosów. Balotowanie odbyć się musi odrazu nad wszystkiemi pracami, nadesłanemi na konkurs. 9. Wniosek Komitetu przedstawia Wice-Prezes Towarzystwa na najbliższem posiedzeniu Zarządu, który ostatecznie przyznaje nagrodę. 10. Zarząd zawiadamia Towarzystwo Lekarskie Warszawskie o przyznaniu nagrody na najbliższem posiedzeniu klinicznem.

Sekretarz Stały: (—) *Prof. A. Leśniowski.*

Różne.

Ostatnie tygodnie sierpnia wykazały dalsze wzmożenie nasilenia duru brzusznego na całym terenie Polski, głównie jednak w woj. południowych, pozatem czerwonki (głównie woj. wschodnie), płonicy i krztuśca.

Kongres „Włoskiego Tow. Pedjatrycznego" (*„Società Italiana di Pediatria"*) odbył się w Sienie w dniach 20—22 września b. r. Na posiedzeniach przedyskutowano bardzo różnorodne tematy. Prof. S. B. Allazia (prezes Kongresu) i Salvi (wiceprezes) złożyli ważne doniesienia. Pozatem przemawiał Dr. Annecchino, który mówił o faszystowskich organizacjach dzieci prowincji neapolitańskiej. Prof. Lereboullet z Paryża wyraził uznanie Prof. Allazia za pracę jego i wysiłki, dzięki którym pedjatrja włoska czyni kolosalne postępy. Równie sympatyczną mowę wygłosił Prof. Neuschatten; poczem uczestnicy Kongresu wręczyli Prof. Allazia w ocenie jego zasług złoty medal za prace, które on sam wykonał, a które przynoszą zaszczyt włoskiej pedjatrji. *(Santo Vanasia).*

Kongres „Włoskiego Tow. Radjologicznego" (*„Società Italiana di Radiologia Medica"*) odbył się w Perugji — od 20—25 września b. r. Przewodniczący Kongresu Prof. E. Milani i Prezes Tow. Prof. Siciliano z Florencji odnieśli wielki sukces — dzięki swojej inicjatywie. Jest to X Kongres „Włoskiego Towarzystwa Radjologicznego", które zostało założone w 1914 r. Referaty wygłosili: Prof. Lapennadi B. mówił o nowych sposobach badania radjologicznego; Prof. Benasi E. (Biella) zademonstrował i objaśnił nowe środki kontrastowe, dzięki którym diagnostyka radjologiczna święci wielkie triumfy. Prof. Perona P. mówił o sposobach radjologicznego badania serca, wskazując na korzyści, jakie może oddać kinematografja i objaśniając metody Cignolini'ego i Strumpfa. Prof. Mascherpa G. (Milano) z Instytutu Neurologicznego *„Vittorio Emanuele"* przedstawił kinematograficzne metody radjologiczne, używane obecnie w diagnostyce neurologicznej. Z okazji Kongresu została wyznaczona dwuletnia nagroda, która przypadła w udziale Dr. Virgilio dell 'Acqua (Milano) za jego badania radjologiczne nad błoną śluzową żołądka i dwunastnicy. *(Santo Vanasia).*

Matylda Theyssen lekarka, mieszkająca w Bernie, z pochodzenia Niemka, która dnia 13 września b. r. ukończyła 96 lat, otrzymała tytuł przełożonej lekarek (*„decana delle dottoresse di medicina"*). Theyssen spełniała z narażeniem życia swą misję lekarską jużto w wojnach r. 66 i 70, jużto w różnych klęskach rozmaitych azjatyckich krajów. W celach naukowych zwiedziła Chiny, Indje i Japonję, a po tej czynności naukowej i zawodowej osiedliła się w Bernie, gdzie żyje do dnia dzisiejszego. *(Santo Vanasia).*

Kurs kultury lekarskiej — Fundacji Tormakin odbył się tego roku we wrześniu w Meranie. Bardzo liczny udział lekarzy szwajcarskich, włoskich, austrjackich przyczynił się do podniesienia wartości i znaczenia kursu. Organizatorom kursu prasa włoska składa życzenia i podziękowania za to, że jako miejsce kursu — wybrano Italję.

Dzień matki i dziecka będzie w Italji bardzo uroczyście obchodzony 24 grudnia b. r. Za sprawą „Pomocy Narodowej Macierzyństwa i Dzieciństwa" (*„Opera Nazionale di Maternità ed Infanzia"*) odbędzie się w Rzymie w dniach 23—24 grudnia zebranie — pod przewodnictwem Silena Fabbri — matek i zrodzonych z nich synów po rozbrojeniu (sierpień 1918). Przy tej okazji rozdane będą nagrody tym matkom, które będą miały największą ilość synów. W tym samym czasie w całej Italji zostaną rozdane wyprawy zimowe dla biednych dzieci — przez miejscowe związki faszystowskie. Rząd faszystowski bardzo silnie popiera ten ruch populacyjny, wychodząc z zasady, że „gdzie będą kołyski, tam będą obywatele i tam powstaną nowe generacje, które uczynią kraj — potężnym". *(Santo Vanasia).*

Ze świata uniwersyteckiego. Faszystowska młodzież uniwersytecka założyła 2 pisma: „Książka i Karabin" (*„Libro e Moschetto"*), tygodnik, kierowany i redagowany przez studentów, bardzo ceniony i popierany przez Mussoliniego; drugie o charakterze czysto naukowym, p. t. „Szkoła Wyższa" (*„Scuola Superiore"*) wydawane w Rzymie, kierowane przez Prof. Sabato Visco, dyrektora Instytutu Fizjologji Królewskiego Uniwersytetu *(Instituto di Fisiologia della R. Università). (Santo Vanasia).*

Nielegalna medycyna w St. Zjedn. Niezwykłe stosunki panują w społeczeństwie St. Zjedn. odnośnie do stanu lekarskiego. Obok wysoko rozwiniętej sztuki lekarskiej i znakomitych specjalistów, rozszerzyły się szeroko szarlatańśtwo, naturalizm, kręgarstwo, które zajmują pokaźne miejsce obok medycyny legalnej. Istnieje cały światek medycyny mistycznej, zgrupowanej w różnego rodzaju sektach, które znane są pod nazwami takiemi jak: *„naturopractors, osteopats, naturalists"*. Sekta kręgarska np., która opiera się na doktrynie, że wszystkie choroby spowodowane są przez subluksacje kręgów i ucisk na zwoje sympatyczne i nerwy, leczy wszelkie schorzenia zapomocą specjalnych uchwytów (ucisków na kręgi). W St. Zjedn. istniało przeszło 150 szkół tej specjalności, gdzie za opłatą 1000 — 1500 dol. można się jej wyuczyć, (nawet listownie) i otrzymać dyplom. Obecnie jest szkół 40 z 1500 uczniami. Rozwijają one szeroką działalność propagandową przez specjalne pisma, reklamę, radjo i t. p. Prawo i opinja chroni kręgarstwo. W prawie wszystkich stanach dyplom doktora kręgarstwa jest uznawany i daje równe prawa z dyplomem lekarza. W niektórych tylko stanach prawa ich są ograniczone, t. zn. nie wolno im zajmować się chirurgją i zapisywać leków. W tych zaś niewielu stanach, które ich nie uznają, praktykują oni nielegalnie jako t. zw. *„bootlegged medecine"*.

Inna szkoła głosi, że większość chorób jest spowodowana przez złe ustawienie kości i ucisk na nerwy i leczą je masażem i gimnastyką. Obecnie jest 7 szkół „osteopatji" z 1,760 uczniami. W 10 stanach mają oni prawo leczenia i przepisywania leków. Trzecia grupa bardziej niepewna w doktrynie niż poprzednie to t. zw. „naturaliści", „aeroterapeuci" i t. p., którzy uznają tylko przyrodolecznictwo. Liczba ich wynosi 1500. Mają 12 szkół (r. 1927) z 200 słuchaczami.

Pozatem istnieje duża liczba różnych osobników bez dyplomu, leczących psychoterapją, okulistów i innych. Według statystyki pewnej instytucji lekarskiej w r. 1929 było w St. Zjedn. 121,000 lekarzy, 16,000 kręgarzy, 7,700 „osteopatów", 2500 „naturalistów", co razem z 10.000 innych „specjalności" daje 36,200 osób zajmujących się nielegalną medycyną. (La Presse Médical).

Komunikaty.

W dniach 17—20 października b. r., odbędzie się 40-ty Zjazd Tow. Internistów w Rzymie — pod przewodnictwem Prof. Cesare Frugoni. Tematy są następujące: 1) Metereopatje. 2) Leczenie szczepionkami i leczenie niespecyficzne chorób zakaźnych. 3) Rozstrzenie oskrzeli. 4) Schorzenia opłucnowe w wojsku.

W dniach 26, 27 i 28 października b. r. odbędzie się w Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Bukareszteńskiego I Kongres Narodowy Radjologji i Elektrologji lekarskiej pod przewodnictwem Prof. Severeanu. Tematy kongresowe są następujące: 1) Cholecystografja. 2) Radjodiagnostyka gruźlicy płucnej u dziecka. 3) Radjoterapja raka sutka. 4) Aktynoterapja róży. Zgłoszenia przyjmuje Sekretarz Kongresu Dr. G. N. Giurea. Str. Stirbei Voda 108 bis Bukarest.

Sprostowanie.

W numerze 29/30 b. r. Pol. Gaz. Lek. na 2-iej tabl., dołączonej do artykułu prof. Lewkowicza, odbito przez omyłkę jako ryc. 12-ą powtórnie ryc. 2-gą. Wobec tego załączamy dodatkowo ryc. 12-ą (jako wkładkę) prosząc naszych Czytelników o wklejenie jej na miejscu ryc. 12-ej.

Redakcja otrzymała:

Wl. Mikulowski: Die familiäre Chorea. Odb. z „Schweiz. Med. Wschr." Nr. 25. 1934.

Comptes rendus mensuels des séances de la classe de médecine. Nr. 4. 1934. Nakł. Académie Polonaise des sciences et des lettres. Kraków.

Comptes rendus mensuels des séances de la classe de médecine. Nr. 5. 1934. Nakł. Académie Polonaise des sciences et des lettres. Kraków.

Comptes rendus mensuels des séances de la classe de médecine. Nr. 6. 1934. Nakł. Académie Polonaise des sciences et des lettres. Kraków.

Bulletin international de L'Académie Polonaise des sciences et des lettres classe de médecine. Kraków 1934. Nr. 3—4.

R. Thiel: W walce ze śmiercią i djabłem. Wydawnictwo Fruchtmana. Warszawa 1934.

Stankiewicz Z.: Organisation de la Lutte contre le Cancer en Pologne. Odb. z T. III. Czwartego Międzynar. Kongr. Radjologów. Zurych 1934.

Hirszfeld L.: Grupy krwi w zastosowaniu do biologji, medycyny i prawa. Warszawska Ajencja Wydawnicza „Delta". Warszawa 1934.

F. Goebbel: Histamina a poziom cholesteryny we krwi. Nowy przyczynek do roli śledziony w gospodarce cholesterynowej. Odb. z „Medycyny Doświad. i Społ.". T. XVIII. Z. 1—2. 1934.

Walka z gruźlicą w Polsce. Wyd. przez Komitet Org. IX. Zjazdu Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego. Warszawa. 1934.

F. Laquer: Hormone und innere Sekretion. Wissenschaftliche Forschungsberichte. Naturwiss. Reihe. B. XIX. Wydawnictwo. Theodor Steinkopff. Dresden u. Leipzig. 1934.

Adam H.: Elektrotherapie und Massage für den praktischen Arzt. Wydawnictwo S. Karger. Berlin 1933.

Stöckmann Th.: Bericht über die Weiterentwicklung meiner Schlafzeit-Forschung. Odb. z Münch. Med. Woch. Nr. 35. r. 1934.

Stöckmann Th.: Die enorme Heilkraft des naturgemässen Frühschlafes. Odb. z Aerztl. Korresp. Z. 9. 1934.

Mierzecki H.: Gli stigmi proffessionale presso gli operatori di cinema, i mattonai, i legatori di libri, i tagliapietre, i sellai e le sarte. Odb. z La Medicina del Lavoro. Nr. 2. 1934.

Mierzecki H.: Berufskennzeichen bei Glassetzern, Uhrmachern, Friseuren und Taglöhnern. Odb. z Dermatologische Wochenschrift. Nr. 25. 1933.

Mierzecki H.: Ueber einige typische Verletzungen bei Glasern, Gerbern, Metzgern und Strassenarbeitern. T. X. Z. 5/6. 1933.

Mierzecki H. i Neyman E.: O leczniczem stosowaniu sulfokwasów i ich pochodnych. Odb. z Przegl. Dermat. T. XXVIII. Nr. 3. 1933.

Mierzecki H.: Badania czynnościowe skóry w przemyśle. Odb. z Przegl. Dermat. T. XXVIII. Nr. 4. 1933.

Zieliński M. Ein Versuch der Einteilung der Gefühle auf psychopathologischer Grundlage. Odb. z „Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych." T. 150. Z. 3. 1934.

Zieliński M. Cyklotymja w atypowej postaci. Odb. z „Roczn. Psychjatr." Z. 21. 1933.

Zieliński M. Konstytucja i charakter. Odb. z „Roczn. Psychjatrycznego". Z. 20. 1933.

Gądzikiewicz W. Dziesięć lat pracy zreformowanego Zakładu Higjeny U. J. w Krakowie. 1924—1934. Kraków 1934.

Leszczyński R. i Goldschlag F. Zarys fizjologii układu siateczkowo-śródbłonkowego skóry. Odb. z „Terapeut. Zprávy" Nr. 5—7. 1934.

Handelsman B. Choroby zawodowe cz. II i III. Łódź. 1934.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.